



Moniperheryhmä psykoosipoliklinikalla työn- tekijöiden kokemuksen ja työn kehittämisen näkökulmasta

Sipilä. Martti

2016 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Moniperheryhmä psykoosipoliklinikalla työntekijöiden kokemuksen ja työn kehittämisen näkökulmasta

Martti Sipilä
Terveystieteiden YAMK
Opinnäytetyö toukokuu 2016



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Tikkurila

Terveystieteiden edistäminen

YAMK

Tiivistelmä

Tekijä Martti Sipilä

Moniperheryhmä psykoosipoliklinikoiden työntekijöiden kokemuksen ja työn kehittämisen näkökulmasta

Vuosi

2016

Sivumäärä

68

Opinnäytetyön aihe on moniperheryhmän pilotointi kahden psykoosipoliklinikan yhteistyönä. Moniperheryhmä on useamman perheen vertaistukiryhmä. Opinnäytetyön kuvamaan ryhmään osallistui psykoosisairautta sairastava aikuinen ja hänen vanhempansa. Moniperheryhmä sai spontaanisti alkunsa seminaarista, jonka aiheena oli moniperhetyö ja vertaistuki psykoosien hoidossa. Vertaistuki antaa perheille tukea, mutta myös tilaisuuden tukea muita samassa elämäntilanteessa olevia perheitä. Vertaistukiryhmän järjestäminen erikoissairaanhoidossa mahdollistaa sellaisen tuen, mikä ei muilla hoidollisilla keinoilla ole mahdollista. Se ei kilpaile muiden tukimuotojen kanssa, mutta sillä on oma ainutlaatuinen merkityksensä.

Opinnäytetyö kuvaa ryhmän suunnittelua, toteutusta ja sitä ohjanneiden kokemuksia ja käsityksiä. Työn kehittämisen teoria integroituu tuloksiin ja ne korostavat kokemuseräisen, autenttisen tiedon merkitystä työn kehittämisessä. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus käy tätä tietoa systemaattisesti läpi. Opinnäytetyö ja työn kehittämisen teoria eivät ole olleet ohjauksessa ryhmän toimintaa, mutta toivottavasti tulokset tukevat moniperhetyön kehittämistä.

Vertaistukiryhmät perinteisesti ovat kolmannen sektorin toimintaa. Neuvoloiden vanhempien- ja äitiysryhmät ovat esimerkki julkisen sektorin vertaistukiryhmistä. Tässä työssä kuvataan usean perheen vertaistukiryhmää yleisesti ja erityisesti psykoosien perhekeskeisessä hoidossa. Ensimmäinen psykiatrinen moniperheryhmä järjestettiin 1960-luvulla ja moniperheryhmien vaikuttavuutta on tutkittu ja todettu ne näyttöön perustuvaksi hoidoksi. Moniperheryhmät vähentävät psykoosipotilaiden relapseja ja tukevat sosiaalista kuntoutusta. Omaisten stressi ja mahdolliset omat mielenterveysongelmat helpottuvat, jos he ovat saaneet psykososiaalista hoitoa. Sekä avoimen dialogin malli ja psykoedukatiivinen lähestymistapa korostavat hyvää vuorovaikutusta perhekeskeisen hoidon perustana ja edellytyksenä.

Työ on laadullinen tutkimus, jonka tiedonkeruumentelmä on tutkimushaastattelu ja tutkimusmenetelmä on niiden sisällön analyysi. Opinnäytetyössä haastateltiin moniperheryhmää ohjanneita psykoosipoliklinikoiden työntekijöitä. Moniperheryhmä antaa mahdollisuuden vertaistukseen ja ryhmään osallistuneet kokivat sen tärkeäksi. Moniperheryhmän suunnittelussa ja toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota riittävän keskusteluajan varaamiseen sekä psykoedukatiivisen tiedon muokkaamisen sellaiseksi, mikä parhaiten tukee vertaistuen toteutumista. Työntekijän rooli on luoda turvallisuutta, tukea keskustelua ja sen luottamuksellisuutta. Kolmannen sektorin vertaistukiryhmien kokemukset sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmän toiminnasta eivät yleensä tule palveluita antavien ja suunnittelevien tiedoksi. Tässä ryhmässä se oli mahdollista. Ryhmässä saatiin tärkeää tietoa perhekeskeisen hoidon kehittämiseksi ja sen laadun varmistamiseksi. Tiimeissä, joissa voi luottaa avoimuuteen ja yhteistyöhön toimintaa voidaan kehittää itseohjautuvasti ja hyödyntää saatuja kokemuksia joustavasti työn kehittämisessä. Moniperheryhmät siis antavat uudenlaisen ja tärkeän työmuodon psykoosipotilaiden perhekeskeisessä hoidossa erikoissairaanhoidossa.

Asiasanat: Vertaistukiryhmä, Perhekeskeisyys, Psykoosien hoito, Dialogi, Psykososiaalinen

Martti Sipilä

Multi-Family Group at psychosis outpatient clinic from the perspective of employees' experiences and the development of work

Year	2016	Pages	68
------	------	-------	----

The subject of this thesis is a pilot project of a multi-family group as a collaboration of two psychosis outpatient clinics. A multi-family group is a peer group of several families. Adults who had a care contact to a psychosis outpatient clinic and their parents participated in the group. The group described in this thesis had originated spontaneously in a seminar on the theme of multi-family work and peer support in the treatment of psychoses. Peer support gives support to families, but also an opportunity to support other families in the same situation. Peer support groups in specialized medical care allows a support, which is not possible with other therapeutic agents. It does not compete with other forms of support, but it has its own unique meaning.

The thesis describes the group's planning, implementation and group leaders' experiences and perceptions of it. Theory is integrated with the results and the importance of authentic information based on experiences is highlighted in the development of the work. The research part of the thesis is to systematically analyze this information. The theory of the development of the work did not guide the group's activities, but hopefully the results support the development of multi-family work.

Support groups are traditionally organized in the nonprofit sector. Health centers and their parents' and moms' groups are examples of peer support groups in the public sector. This thesis describes multifamily groups in general and in particular in the family-oriented treatment of psychosis. The first psychiatric multi family group was organized in 1960 and several studies have investigated multi-family groups' efficiency and found them as evidence-based treatment. Multifamily groups reduce the number of relapses of psychotic patients and support their social rehabilitation. Relatives' conventional stress and possible own psychological problems ease if they have received psychosocial treatment. Both the open model of open dialogue as well as the psychoeducational approach emphasizes good interaction as the basis and premise for family-centered care.

The work is a qualitative study, with research interviews as the method of gathering information and the research process is an analysis of the content. The employees of psychosis outpatient clinics who had led the were interviewed. A multi-family group provides an opportunity and space for peer support and the group participants considered it important. In the planning and implementation of multi-family group attention should be paid to adequate time for discussion and editing psychoeducational information in a way that best supports the realization of peer support. The employee's role is to provide security, and support the discussion and the confidentiality of the group. Third sector peer groups' experiences of how the health system works usually do not come to the attention of those who give and plan services. In this group, it was possible. The group gave important information for the development of family-centered care and the quality enforcement. Teams, where one can expect transparency and cooperation can develop the work as a self-directed team and benefit from the experience they have gained. Multi-family groups are therefore a new and important form of work in the family-oriented treatment of patients with psychosis diagnosis in specialized health care.

Keywords: Peer support group, Focus on families, psychoses treatment, Dialogue and Psychosocial

Sisällys

1. Johdanto	7
2. Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus	9
3. Työn teoreettiset lähtökohdat	10
3.1. Terveysten edistäminen	10
3.2. Mielenterveyden edistäminen	11
3.3. Psykoosipotilaan ja perheen mielenterveyden edistäminen	14
3.4. Psykoosien perhekeskeinen hoito	15
3.5. Dialogi, reflektio ja narratiivi	15
3.6. Perhekeskeisen hoidon periaatteita	16
3.7. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito ja avoimen dialogin malli	17
3.8. Psykoedukaatio	21
3.9. Vertaistuki	23
3.10. Moniperheryhmiä eri lähestymistavoilla ja viitekehyksissä	25
3.11. Moniperheryhmät psykoosien hoidossa	28
4 Tutkimuksellinen työn kehittäminen	31
4.1. Kehittämisen prosessi	31
4.2. Työn kehittämisessä saatava tieto	31
4.3. Itseohjautuva tiimi	32
5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	33
6. Opinnäytetyön toteuttaminen	34
6.1. Metodologiset lähtökohdat	34
6.2. Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta	34
6.3 Tutkimushaastattelu ja haastattelumenetelmät	36
6.4. Aineiston analyysi	38
7. Opinnäytetyön tulokset	41
7.1. Haastateltujen kuvaus	41
7.2. Tulosten esittely	41
7.3. Työntekijöiden käsitykset moniperhetyöstä	42
7.3.1. Suunnittelu ja toteutus	42
7.3.2. Ryhmä	43
7.3.3. Työntekijä	44
7.3.4 Psykoedukatiivinen lähestymistapa	45
7.3.5. Moniperheryhmän konteksti	45
7.3.6. Perhekeskeinen työ	46
7.3.7. Yhteenveto	47

7.4 Työntekijöiden käsitys vertaistuesta	49
7.4.1. Vertaistuen teeman luokittelu	49
7.4.2. Alku. ja loppuhaastattelut	49
7.4.3. Yhteenveto	51
7.5. Ryhmähaastattelun tulokset	52
7.6 Psykoosipoliklinikan työntekijän kokemus ryhmän toteutuksesta	53
7.6.1 Projektin toteuttamisen perustelut	53
7.6.2. Projektin organisointi	53
7.6.3. Projektin toteuttaminen	54
7.6.5. Projektin arvio	55
7.7 Miten psykoosipoliklinikan työntekijä kehittäisi moniperheryhmää tulevaisuudessa	56
8 Pohdinta	58
8.1 Tutkimuksen eettisyys	58
8.2. Tutkimuksen luotettavuus	59
8.3. Johtopäätökset ja tutkimusehdotukset	62
Lähteet	67

1. Johdanto

Tämä opinnäytetyö tutkii ja kuvaa moniperheryhmän pilotointia kahden psykoosipoliklinikan yhteistyönä. Moniperheryhmällä tarkoitetaan useamman perheen vertaistukiryhmää ja opinnäytetyön kuvaamaan ryhmään osallistui psykoosisairautta sairastavan aikuinen ja hänen vanhempansa. Vertaistukiryhmät ovat perinteisesti kolmannen sektorin toimintaa. Julkisella sektorilla neuvoloiden vanhempien- ja äitiysryhmät ovat yksi esimerkki sen järjestämästä vertaistuesta. Ensimmäinen psykiatrinen moniperheryhmä järjestettiin 1960-luvulla USA:ssa. Moniperheryhmien vaikuttavuutta on tutkittu. Psykoosipotilailla moniperheryhmät vähentävät relapseja ja tukevat sosiaalista kuntoutusta. Omaisten stressi ja mahdolliset omat mielenterveysongelmat helpottuvat, jos he ovat saaneet psykososiaalisista hoitoa.

Opinnäytetyön kuvaama moniperheryhmä sai spontaanisti alkunsa seminaarista, jonka aihe oli moniperhetyö ja vertaistuki psykoosien hoidossa. Koulutus oli innostava ja rohkaiseva. Vertaistuki antaa perheille tukea, mutta myös tilaisuuden tukea muita saman elämäkokemuksen läpikäyneitä. Vertaistukiryhmän järjestäminen erikoissairaanhoidossa siis mahdollistaa sellaisen tuen saamisen, mikä ei muilla hoidollisilla keinoilla ole mahdollista. Se ei kilpaile muitten tukimuotojen kanssa, mutta sillä on oma ainutlaatuinen merkityksensä. Opinnäytetyö kuvaa ryhmän suunniteltua ja toteutusta ja ryhmää ohjanneiden kokemuksia ja käsityksiä. Työn kehittämisen teoria integroitui tuloksiin vasta tutkimusaineiston analyysivaiheessa. Tulokset korostavat kokemusperäisen ja autenttisen tiedon merkitystä työn kehittämisessä. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus käy tätä tietoa systemaattisesti läpi. Työ ei ollut ohjaamassa ryhmän toimintaa, mutta toivottavasti tukee sen kehittämistä.

Koska vertaistuki on yleensä kolmannen sektorin järjestämää, niin valitettavasti siinä esiin nousevat kokemukset sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmän toiminnasta, eivät tule palveluita antavien ja suunnittelevien tiedoksi. Tämä ryhmä antoi siihen mahdollisuuden. Vanhemmat olivat kokeneet, että he eivät olleet saaneet riittävää tukea lapsensa psykoosisairauden puhjettua. Sen sijaan, että tämä tulkittaisiin viestiksi hoidon epäonnistumisesta, sen voi myös tulkita tärkeäksi tiedoksi perhekeskeisen hoidon kehittämisessä ja sen laadun varmistamisessa. Vertaistukiryhmän kehittämisen yksi painopiste on ryhmän toiminnan raamien ja puitteiden suunnittelu niin, että ne tukevat vertaistuen toteutumista. Ryhmässä samat elämäkokemukset, halu kertoa ja tulla kuulluksi jo itsessään tukevat tätä. Suunnittelussa tulee kiinnittää huomiota riittävän keskusteluajan varaamiseen vertaisryhmissä, sekä psykoedukatiivisen tiedon antamisen aiheiden ja esitystavan määrittelemiseen siitä lähtökohdasta, miten se parhaiten tukee vertaistukea. Työntekijän roolina on luoda ryhmään turvallisuutta, tukea keskustelua ja sen luottamuksellisuutta. Työn tulokset kertovat myös, että tiimeissä joissa voi luottaa avoimuuteen ja yhteistyöhön, toimintaa voidaan kehittää itseohjautuvasti. Tämä on ollut oppimisprosessi, joka on selkiytynyt työn tekemisen myötä. Siksi mukana on myös tekijän reflektiivinen

näkökulma läpi koko työn. Se toivottavasti lisää myös työn luotettavuutta. Voi sanoa, että paitsi että tämä on opinnäytetyö, niin sen pyrkimys on olla myös näyte oppimisesta, opin työ ja näyte työstä.

2. Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus

Tutkimus toteutettiin kahdella psykoosipoliklinikalla. Muita avohoidon yksiköitä organisaatiossa ovat varhaispsykoosiklinikka, joka hoitaa ensi kertaa psykoosiin sairastuneita potilaita ja tehostetun avohoidon yksikkö, joka hoitaa heikosti tavanomaiseen avohoitoon sitoutuvia ja paljon sairaalahoitoa käyttäviä potilaita. Pitkäaikaista psykiatrasta avohoitoa psykoosipotilaille tarjoavat tutkimuksen kohteena olevat kaksi alueellista psykoosipoliklinikkaa.

Hoito on käypähoitosuosituksia noudattavaa, tarpeenmukaista ja sairaalahoitoa minimoivaa. Hoidossa fokusoidaan hoitoryhmätyöskentelyyn ja asiakas- ja perhekeskeisyyteen. Sairaala nähdään avohoidon tukipalveluna ja kuntoutusta pyritään toteuttamaan potilaan omassa elinympäristössä. Työote on liikkuva ja verkostollinen, moniammatillinen ja noudattaa hoitoryhmätyöskentelyn periaatteita. Poliklinikoilla on myös valmiutta psykoedukatiiviseen työskentelyyn niin yksilö-, ryhmä- kuin perhetasolla. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on keskeinen työväline. Poliklinikoilla löytyy perheterapian ja kognitiivisen työotteen erityisosaamista, laaja ryhmävalikoima ja myös somaattisen voinnin seurantaa ja tarvittaessa somaattiseen hoitoon ohjaamista.

Poliklinikoiden yhteistyökumppaneita ovat asiakaskuntien mielenterveys- ja päihdepalvelut, jotka vastaavat potilaitten asumispalveluitten järjestämisestä ja asukasohjauksesta ja kotona asuvien potilaitten palveluohjauksesta ja tarvittaessa päihdepalveluista. Muita yhteistyökumppaneita ovat työterveyshuolto ja kuntien tai kaupunkien sosiaalitoimet. Poliklinikoilla tehdään myös oppilaitosyhteistyötä ja yhteistyötä kolmannen sektorin mielenterveystyötä tekevien toimijoiden kanssa.

3 Työn teoreettiset lähtökohdat

3.1. Terveyden edistäminen

Terveyspolitiikan ja terveyden edistämisen juuret Suomessa ovat 1800-luvulta. Silloin aloitettiin väestön terveydentilaan vaikuttaminen myös yhteiskunnallisen suunnittelun ja terveydenhoitojärjestelmän avulla. Lääketieteellinen kehitys ja ennen kaikkea rokotteiden keksiminen, mutta myös konkreettinen työolojen turvallisuuteen puuttuminen olivat osa kehitystä. Terveyden edistämistä olivat myös hygieniakasvatus, ympäristöhygieniä sekä yhteisöllisten että sosiaalisten rakenteiden luominen. 1940-luvulla kiinnitettiin yhä enemmän huomiota ikääntymiseen liittyvien tautien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen. 1970-luvulla toteutettiin ensimmäiset väestöllisesti suuntautuneet terveyden edistämiprojektit, joista tunnetuin Suomessa on Pohjois-Karjala projekti. (Stål & Rimpelä 2010, 12-15)

1950-luvulta lähtien terveyden edistämistä on tutkittu myös yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä. Yhteiskuntatiede kritisoi lääketieteellisesti suuntautunutta terveyden edistämistä, sillä siinä ei kiinnitetä riittävästi huomiota terveyden sosiaalisiin riippuvuussuhteisiin. Terveyden edistämiseen ei panostettu niin paljon, kuin jo sairastuneitten hoitamiseen. Suurena virstanpylväänä voi pitää WHO:n työtä ja 1986 Ottawan julistusta, jossa terveyden edistäminen jaettiin yhteiskuntapolitiikkaan, ympäristöpolitiikkaan, yhteisölliseen toimintaan, yksilöllisiin taitoihin ja terveydenhuollon palveluiden oikeaan suuntaamiseen. (Stål & Rimpelä 2010, 15-16)

Eettiseltä kannalta terveyden edistäminen ajaa sekä yksilön että yhteiskunnan etua. Yksilöllä on kuitenkin oikeus myös olla välittämättä terveellisistä elintavoista. Tässä on aina eettinen jännite sen suhteen, miten terveyttä pitäisi edistää ja mikä on jokaisen yksilöllinen vastuu. Yksilöllisten erojen lisäksi terveydellä on selvä sosiaalinen dimensio, mikä näkyy sairastavuudessa ja eliniässä. Terveyttä voidaan edistää paitsi rajoitteilla kuten tupakanpolton ja alkoholin saannin ja käytön rajoittamisena, niin myös terveydenhoitojärjestelmää kehittämällä. Terveyserojen yhtenä yhteiskunnallisena taustatekijänä on eriarvoinen ja eriytynyt terveydenhoitojärjestelmä. (ETENE-julkaisu 19, 2008, 16-17, 24-27)

Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen näkökulmasta terveyden edistäminen nähdään paitsi terveyden edistämisen ammatillisena käsitteenä, niin myös laajemmin yhteiskunnan kaikkien osalueiden yhteistyönä. Kun on tutkittu kunnallisten viranhaltijoiden, terveydenhoitoalan työntekijöiden ja kunnallisten päätöksentekijöiden käsitystä terveyden edistämisestä, niin sen ymmärtäminen osoittautui pirstaleiseksi. Oli näkemyksiä, että terveyden edistäminen voi alkaa jo maankäytön suunnittelusta päätyen terveyspalveluitten tarjontaan. Silti ei osattu määritellä, miten oma toiminta vaikuttaa terveyden edistämiseen ja miten se on mitattavissa. Tavoitteiden ja keinojen välinen ristiriita aiheutti epävarmuutta ja ristiriita näkyi suhtautumisessa terveyden

edistämiseen strategisena päämääränä. Vaikka sen pitäisi olla koko organisaation läpäisevä periaate, niin epäiltiin, ettei se päätöksenteossa realisoituisi. Siten terveyden edistäminen saatiin nähdä kapeasti vain valistuksena, koska se ainakin olisi mitattavaa ja konkreettista. Hallinnolliset raja-aidat johtavat terveyden edistämisen ristiriitaiseen tulkintaan ja asettavat haasteita sen johtamiselle. (Lindfors, Rigoff & Rimpelä 2010, 9-17)

Terveyden edistäminen on myös riippuvainen poliittisista prosesseista, niin paikallistasolla kuin valtakunnallisesti. Jotta politiikkaan voidaan vaikuttaa, on ymmärrettävä politiikan teon prosessi. Perustaltaan sitä voidaan kuvata useampivaiheisen kehänä, mutta siihen kuuluvat ainakin seuraavat vaiheet. 1. Ongelma tunnistetaan ja asetetaan politiikan agendalle 2. Muovataan politiikan sisältöä ja mahdollisia vaihtoehtoja. 3. Jos politiikka omaksutaan, se johtaa sen toteuttamiseen ja 4. toteutetun politiikan arviointiin. Tämän jälkeen se nousee uudelleen agendalle, jos siinä havaitaan puutteita ja on poliittista tahtoa korjata sitä. Kysymys onkin, miten ongelmat pääsevät politiikan agendalle? Agendalle pääsyyn voivat vaikuttaa äkilliset kriisit. Esimerkiksi Kauhavan ja Tuusulan ampumistapaukset nostivat agendalle nuorten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyn. Poliitikassa erilaiset ideat kilpailevat toistensa kanssa ja vaikuttavat toisiinsa. Muutokset kansan mielipiteessä, hallinnossa ja vaalituloksissa vaikuttavat myös, mikä asia nousee politiikan keskiöön sekä muutoksen ja kehittämisen kohteeksi. (Solin 2011, 37-40)

3.2. Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden määritelmä perustuu toisaalta yksilön kokemukseen mielenterveydestään, mutta sen käsitteet ovat myös kulttuurisesti määriteltäviä. Mielenterveys ei ole vain mielensairauden poissaoloa. Mielenterveyttä voi tarkastella mielenterveys-sairaus akselilla tai niin, että koettu terveys ja sairaus ovat ristikkäin havaitun terveyden tai sairauden oireiden kanssa. Näin määritellen on mahdollista, että sairas ihminen voi kokea itsensä terveeksi ja päinvastoin. (Solin 2011, 19-20)

On kyse siitä missä kontekstissa sairaudesta puhutaan ja kuka tai ketkä siitä puhuvat. Englanninkielessä sanalle sairaus on kolme vastinetta: disease, illness ja sickness. Disease tarkoittaa objektiivisesti havaittavissa olevaa fysiologista toimintahäiriötä. Illness on yksilön oma kokemus ja havainto sairaudestaan. Sickness on sairauden yhteiskunnallinen ja sosiaalinen muoto. Se voidaan havaita toimintakyvyn muutoksena tai haastatteleamalla niitä, jotka ovat "sairaana" omaisia, työtovereita, ystäviä tai muuta sosiaalista verkostoa. Käsitteitä voi käyttää erikseen tai yhdessä. Disease määrittelee sairauden lääketieteellisesti, vaikka yksilö tai yhteisö eivät sitä kokisi tai huomaisi. Illness on yksilön oma kokemus, jota ei silti ilman lääketieteellistä tai yhteisöllisestä vahvistusta pidetä sairautena. Yksilö voidaan yhteisössään myös leimata sairaaksi (sickness) ilman perusteita. Jos disease ja illness yhdistyvät yhteisö ei silti pidä yksilöä sairaana. Disease ja sickness yhdistelmässä vastaavasti yksilö ei koe sairautta, vaikka muut

ovat sen havainneet. Sickness ja illness yhdistelmässä taas yksilö on leimattu ja hän kokee olevansa sairas, vaikka lääketieteellistä objektiivista syytä sille ei ole. Ja sitten on tietenkin tilanne, jossa kaikki kolme sairauden määritelmää toteutuu. Tämä jako on mielenkiintoinen ja hedelmällinen, koska nämä määritelmät eivät sulje toisiaan pois, vaan kuvaavat niiden keskinäistä riippuvuutta. Mielenterveysongelmissa ja niiden hoidossa tämä jako ja keskinäiset suhteet ovat hyvinkin tuttuja. Psykiatriset sairaudet eivät ole ainakaan vielä selkeästi osoitettavissa fyysisinä muutoksina ja toisaalta niiden diagnostisoiminen pelkästään objektiivisesti ilman potilaan omaa kokemusta tai yhteisön näkemystä voi olla vaikeaa. (Torkkola 2008, 100-104)

Mielenterveyden ongelmat koskettavat 450 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle, Esimerkiksi skitsofrenian yhteiskunnalliset kustannukset ovat suurempia kuin tupakoinnin ja EU:n jäsenvaltioissa mielen-terveysongelmien aiheuttamien kokonaiskustannusten arvioidaan olevan noin 3-4% bruttokansantuotteesta. Niiden aiheuttamia kuluja ei voi silti mitata vain rahassa. Taudin aiheuttaman kärsimyksen sosiaalisia seurauksia ovat häpeä, pelko ja muutokset potilaan sosiaalisessa asemassa. Ne vaikuttavat paitsi potilaaseen, mutta myös hänen perheensä ja sukulaisiinsa. Siksi mielenterveyden edistäminen vaatii yhteistyötä ja tukea myös yhteiskunnan sosiaali-, työllisyys-, koulutus-, ja asumissektoreilta. Koska mielenterveysongelmat aina heijastuvat sosiaalisessa ympäristössään, niin myös mielenterveyden edistämällä tulee olla vaikutuksia laajemmin kuin vain yksilötasolla. (Solin 2011, 22-24)

Mielenterveyden edistämisen käsitteistöä koottiin ensimmäisen kerran systemaattisesti, kun Yhdysvaltain kongressi antoi sen tehtäväksi Institute of Medicine (Mrazek & Haggerty, 1995m Preface sivu V). IOM on yksi USA:n kansallisista tiedeakatemoista. Akatemioiden tehtävä on tuottaa omasta erikoisalastaan näyttöön perustuvaa tietoa julkiselle ja yksityiselle sektorille päätöksenteon tueksi (IOM, kotisivut).

Raportissa todettiin, että perinteinen jako primääriseen, sekundääriseen ja tertiääriseen preventioon tai yleiseen, valikoituun tai indikoituun ehkäisyyn ei sellaisenaan toimi. Mielenterveyden riskit eivät ole samalla tavalla mitattavissa, kuin fyysisiä sairauksissa. Ihmisellä voi olla mielenterveyden ongelmiin liittyviä oireita ilman, että ne olisivat diagnostisoitavissa mielen-terveyden sairauksiksi. Pulmat voivat myös olla kehityksellisiä psyykkisessä mielessä ja silloin usein ohimeneviä. Komitean suositus oli sateenkaari- tai spektrimalli, joka ulottui preventiivisistä keinoista hoitoon ja kuntoutukseen. Preventiivisiä keinoja ovat universaalit koko väestöön kohdistuvat keinot kuten esimerkiksi terveyskampanjat. Selektiiviset keinot kohdistuvat tiettyyn ryhmittymään eli esimerkiksi asuinalueen 12-22 vuotaisiin nuoriin. Indikoidut toimenpiteet ovat tiettyyn riskiryhmään kohdistuvia, kuten esimerkiksi psyykkisen vointinsa vuoksi huolta koulussa kouluterveydenhuollossa tai lastensuojelussa herättäneet nuoret. Sekä psykiatrinen

kuntoutus että hoito ovat mielenterveyttä edistäviä. Mielenterveyden häiriöissä on komorbiditeetin riski. Ne voivat yhdistyä päihdeongelmiin tai ongelmiin pari- tai perhesuhteissa ja ystävyyssuhteissa. Hyvin hoidettu mielenterveyden ongelma edistää muun perheen terveyttä ja estää tai vähentää parisuhteen ongelmia ja päihdeongelman riskiä. (Mrazek & Haggerty 1995, 21-22,24)

Mielenterveyden edistäminen yhteisötasolla mobilisoi koko yhteisön eri toimijat yhteistyöhön ja antaa yksilötasolla tietoja ja keinoja siihen. Voi kysyä voidaanko tällaisia interventioita aina jakaa yksiselitteisesti joko mielenterveyden edistämiseen tai mielenterveysongelmien estämiseen, koska samat keinot vaikuttavat molempiin. On ymmärrettävää, että mielenterveyden edistäminen painottuu enemmän riskiryhmiin kohdistettuihin interventioihin. Tutkimusten mukaan niissä kuitenkin tarvitaan myös yhteisöllistä otetta, eikä vain tuen saajien tarkkaa profilointia. (Tillford, 2006, 43-45)

Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisy poliittisessa päätöksenteossa on ollut vähäisen tutkimuksen kohteena aina 2000-luvulle saakka. Sen edistäminen poliittisella tasolla ei ole ollut riittävän korkealla prioriteettiasteella. Sitä ei suunnitella pitkäjänteisesti ja toimenpiteet ovat usein olleet huonosti suunniteltuja. Mielenterveyden edistämisen sijaan tarkastellaan enemmän sairastavuutta ja sen muutoksia. Mielenterveyden edistämisen indikaattorit voisivat olla yhteiskunnallisia mittareita, jotka tarkastelisivat suvaitsevuutta, turvallisuutta ja sitä luottamusta, mitä kohdistetaan itseen ja toisiin. Mielenterveyden edistämisessä tärkeää on myös psyykkisen sairastamisen stigman eli leiman murtaminen myös yhteiskuntapoliittisesti, työllistämässä ja asumisessa. (Solin 2011, 17, 25-26)

Mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden ongelmien ehkäiseminen eivät ole päätöksen kannalta täysin erillisiä strategioita. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisessä pyritään vähentämään häiriöiden syntymisen riskiä. Mielenterveyden edistämisen päämäärien määrittely on hankalampaa ja niiden konkreettisuus ja mitattavuus ovat ongelmallisia, vaikka niiden pitäisi olla spesifisiä, mitattavia, saavutettavissa olevia ja realistisia. Mielenterveyttä edistävän politiikan ongelmana on sen laaja-alaisuus ja pirstaleisuus. On vaikeaa määritellä universaaleja tavoitteita ja politiikka koostuu häiriöiden ehkäisystä aina sairastuneiden sosiaalisen tukeen ilman kokonaisnäkemystä. Puhutaan haulikkovaikutuksesta, eli sovelletaan useita eri toimenpiteitä toivoen, että ainakin yksi ”hauki” osuu. Poliitiikan tekijöiden, mielenterveyden häiriöiden tutkijoiden ja mielenterveystyötä tekevien keskinäistä vuoropuhelua tarvitaan lisää, että mielenterveyden edistämisen ei jäisi toissijaiseksi päätöksenteossa. Toimenpiteet voivat olla väärin ajoitettuja, jos poliittisilla päätöksentekijöillä ei ole yksinkertaisesti riittävää tietoa toimintansa tueksi. (Solin 2011, 27-30, 34-37)

3.3. Psykoosipotilaan ja perheen mielenterveyden edistäminen

Perheiden mielenterveyttä edistäviä hoitomenetelmiä kutsutaan psykososiaalisiksi interventioksi. Ihmisen fyysistä ja psyykkistä vointia voidaan tutkia ja tukea biologisesta näkökulmasta, mutta psykososiaalisessa ajattelussa psykologia, sosiaalipsykologia, ja käyttäytymistieteet täydentävät biologista ja lääketieteellistä näkökulmaa ja psykiatrisessa hoidossa näitä kaikkia tulisi soveltaa. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002 21-22)

Psykososiaalinen tuki tukee myös psyykkisen sairauden omatoimista hoitamista. Kerrotaan sairauden ja sen hoidon perusteista, miten tunnistaa relapsien ensioireet ja miksi vuorokausirytmien ja muiden sosiaalisten rytmien säännöllisyys on tärkeää. Perheenjäsenien saaminen mukaan hoitoyhteistyöhön on perustavoite. Perhetyössä tulee olla terapeutisia elementtejä, jotta voidaan käsitellä sairauden vaikutusta perheenjäsenten välisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Toisaalta tarvitaan koulutuksellista otetta ja tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. (Oksanen 2011, 371-373)

Psykoosipotilaiden terveyden edistämiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa persoonallisuuteen ja terveyteen liittyviin tekijöihin sekä fyysisiin ja sosiaalisiin ympäristötekijöihin. Tärkein terveyttä edistävä persoonallisuustekijä on kokemus hallinnan tunteesta. Se liittyy mahdollisuuteen itse määrätä elämästään ja subjektiiviseen kokemukseen kyvystä siihen. Tällainen minäkuva auttaa ottamaan vastuuta selviytymisestään myös hankalissa elämäntilanteissa. Psykoosiin sairastuminen on voimakas kokemus elämän hallinnan menettämisestä ja siitä toipuminen on yksilöllistä. Psykoosioireet eivät välttämättä enää palaudu ensimmäisenpsykoosijakson jälkeen, mutta ne voivat olla myös skitsofrenialle tyypillisiä pysyväisoireita, jotka ovat kuormittavia ja vähentävät hallinnan tunnetta. Ymmärrys sairauden luonteesta lisää hallinnan tunnetta ja sitoutumista hoitoon. Sosiaalisten suhteitten ylläpitäminen perheeseen ja muihin läheisiin on sosiaalisen hallinnan olennainen piirre. Psykososiaalisen tuen tavoitteena on luoda tilanteita, jotka mahdollistavat ymmärryksen lisäämistä potilaan sairaudesta ja sen merkityksestä potilaan perheelle ja sosiaaliselle verkostolle. (Kylmä, Nikkonen, Kinnunen & Korhonen 2009, 186-188, 194-195)

Psykoosin sairastuneen perheenjäsenen psyykkistä kuormitusta kuvataan käsiteellä ”care burden”. Se kuvaa perheenjäsenten vastuuta ja tarvetta tukea omaistaan. Taakka riippuu omaisen oireen vakavuudesta ja relapsien määrästä. Niin sanotut positiiviset oireet kuten levottomuus, mahdollinen aggressiivisuus, äänien kuuleminen ja niistä puhuminen lisäävät taakkaa enemmän kuin vetäytyvyys ja eristäytyminen. Sosiaalinen tuki ja tieto sairaudesta vähentävät sitä. Jos perhe ei löydä toimivia selviytymisstrategioita, perheenjäsenen psyykkiset ongelmat ovat yleisimpiä. (Glamvoille & Dixon 2005, 15-16)

3.4. Psykoosien perhekeskeinen hoito

Psykoosien perhekeskeisen hoidon ensimmäinen tavoite on yhteistyösuhteen luominen. Silloin asetelma, missä vain lääkärin ja potilaan sijaan ovat potilas hänen perheensä tai muut hänelle merkitykselliset ihmiset ja hoitohenkilökunnasta useamman henkilön hoitotiimi on vuorovaikutuksen kannalta vaativampi ja monisyysempi. Ensimmäiseksi määritellään dialogin, reflektiivisyyden ja narratiivin käsitteet. Ne kertautuvat perhekeskeisen hoidon kuvauksissa, mutta myös kun kuvataan vertaistukea yleisesti ja erityisesti vertaistukea moniperhetyössä psykoosin hoidossa.

3.5. Dialogi, reflektio ja narratiivi

Dialogin tärkein piirre on dialogisessa keskustelussa luotu uusi ymmärrys ja tieto. Sitä ei ole yhdelläkään osallistujalla ennen keskustelua ja uusi ymmärrys on kaikille jaettavissa ja hyväksyttävissä. Väittelyssä esimerkiksi voi olla eri näkökulmia, mutta se ei takaa, että uutta yhteistä ymmärrystä syntyisi, vaikka sekin voi olla mahdollista. (Isaacs 2001, 40)

Dialogiin kuuluu lähtökohtaisesti vastavuoroisuus ja tasa-arvoisuus. Silloin esimerkiksi käytettyjen käsitteiden tulee olla siten tasa-arvoisia ja jaettavissa. Ei ole kyse niiden yksikertaisuudesta tai monimutkaisuudesta, mutta ne tulee keskustelussa avata, että dialogi olisi mahdollista. (Mönkkönen 2002, 12, 33)

Reflektiolla tarkoitetaan kykyä havainnoida ja tunnistaa omia ja toisten tunteita. Tämä on ihmisen sisäsyntyinen pyrkimys, joka toimii kaikissa vuorovaikutustilanteissa. Reflektio edellyttää paitsi tunteiden ja ajatusten tunnistamisen, niin myös kyvyn tuoda ne osaksi vuoropuhelua. Reflektiivisyys on osa ammattitaitoa ihmissuhdetyössä, mutta olennainen ominaisuus meissä kaikissa. (Tiuranniemi 2002, 2)

Narratiivi on suomeksi sama kuin kertomus tai tarina. Se avulla hahmotamme maailmaa ja kuvaamme sitä, että kokemuksemme ovat jaettavissa muiden kanssa. Tarina on sen hetkinen konstruktio kerrottavasta asiasta tai ilmiöstä. Miten se vastaanotetaan vaikuttaa siihen, miten kertomus muodostuu, muuttuu edelleen ja millaisia tulkintoja siitä tehdään. Yhteisötasolla tarina saattaa muuttua pysyväksi kertomukseksi juorujen huhujen tai myyttien kautta, jolloin tarina on ”tosi”, vaikka sen todenperäisyyttä ei voisi tai pystyisi enää tarkistamaan. (Vuokila-Oikkonen 2002: 38-39, Tolska 2002: 21 -22)

3.6. Perhekeskeisen hoidon periaatteita

Tässä käsiteellä perhe tarkoitetaan koko perhettä, potilaalla perheen hoidossa olevaa jäsentä ja vanhemmilla tai omaisilla muita perheenjäseniä kuin potilasta. Psykoosit ja erityisesti skitsofrenia nähdään aivo-orgaanisena häiriönä, joka vaikuttaa psykoosipotilaan tapaan ymmärtää tulkita todellisuutta ja kommunikoida. Skitsofreniaa voidaan kuvata etenevänä prosessisairautena ja sen puhkeamisen syynä on biologinen alttius yhdistettynä stressitekijöihin. Jos psykoosia määritellään vain sen oireiden pohjalta, se voi vaikeuttaa yhteistyösuhdetta. Potilaan mahdollinen kielteinen suhtautuminen hoitoon ei välttämättä johdu vain potilaasta, vaan myös siitä millaiseen yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa on pyritty. (Borchers 2014, 17-18)

Ensimmäiseen kerran psykoosin sairastuva voi kertoa oireistaan ja ajatuksistaan. Hän ei silti halua tulla leimatuksi psykiatriseksi potilaaksi, koska se ei ole kuulunut hänen identiteettiinsä ennen psykoosin puhkeamista. Jo hoidon alussa tulisi välttää potilaan kokemusta leimautumisesta ja tukea potilaan itsetuntona ja toimijuutta. Psykoottisilla oireilla usein on yhteys potilaan elämäkokemuksiin ja potilaalla tulee mahdollisuus puhua oireiden henkilökohtaisesta merkityksestä ja niiden tulkinnasta. Kun on tutkittu psykoosipotilaiden toipumista, niin 34 % toipui kokonaan psykoosisairaudesta ja 34 % pystyi palauttamaan sosiaaliset suhteensa. Merkittävän kokemus toipuneilla oli, että he kokivat ainakin yhden ihmisen tukeneen heitä ja hän oli ylläpitänyt toivoa. Tämän henkilö ei aina ollut hoitoalan ammattilainen vaan perheenjäsen tai tuttava. Potilaan toipuminen ei ole lineaarinen prosessi ja se on laajempi, kuin pelkkä oireiden poissaolo tai niiden minimoiminen kattaen toipumisen sosiaalisena ja yhteiskunnallisena toimijana. (Borchers 2014, 18-19)

Toipumista edesauttaa, jos potilaan omia käsityksiä sairaudestaan kunnioitetaan ja hoidossa tieto sairaudesta integroidaan niihin eikä päinvastoin. Kokemus psykoosista on niin yksilöllinen, että pelkkä yleinen tieto ei auta potilasta. Samalla myös työntekijöiden ymmärrys lisääntyy ja se auttaa heitä integroimaan potilaitten kokemukset ammatilliseen tietoon ja työkokemukseen. Tutkimusten perusteella tämä ollut potilaille tärkeämpää kuin, millaisesta hoidollisesta viitekehyksestä häntä on muuten hoidettu. Psykoosin sairastuminen kriisinä voi johtaa siihen, että potilas leimaa itsensä parantumattomasti sairaaksi mielenterveyspotilaaksi ja kokee sosiaalista häpeää. Juuri siksi on tärkeää, että hän saa kokemuksen, että häntä kuunnellaan ja hänen kokemustaan kunnioitetaan. (Borchers 2014 19-21)

Psykoosiin sairastuminen on traumaattinen kokemus sekä potilaalle että omaisille. Akuutissa tilanteessa perhe on aina kriisitilanteessa ja sen pitäisi olla yksi hoidon lähtökohdista. Perheen tulisi kokea, että huolet otetaan äärimmäisen vakavasti ja empaattisesti. Hoidossa tulee välittyä, että työntekijät ovat valmiita kestämään perheen hätää ja kannattelemaan toivoa, että

tilanteesta voi selviytyä. Kriisissä valmiudet muutokseen ovat rajalliset ja hoidossa tulisi foku-
soida sellaiseen muutokseen, mikä on tilannekohtaisesti mahdollista perheelle. (Borchers 2014,
22-23)

Muutoksen mahdollisuutta kuvaa käsite lähikehityksen vyöhykkeestä. Kriisitilanteessa kyky ha-
vainnoida ja ymmärtää omia reaktioitaan on rajallinen. Jos liian nopeasti etsitään selityksiä ja
ratkaisuja, niin perhe ei voi vielä sisäistää niitä. Siksi tulee antaa riittävästi aikaa ja tilaa ja
edetä perheen ehdoilla. Lähikehityksen vyöhyke kuvaa sitä mihin perhe on kussakin tilanteessa
valmis laajentamaan omaa käsitystään tapahtuneesta. (Vapaavuori, 2009, 141-142)

Työntekijöiden tulee luoda kriisissä turvallisuudentunnetta. Perheen on vaikeaa sietää epävar-
muutta ja sitä tosiasiaa, että kriisissä ei voi löytää varmoja ratkaisuja. Perhe sitoutuu ratkai-
suihin, jos tuetaan perheen omia voimavaroja niiden löytämiseen. Turvan luominen tarkoittaa
nopeitten päätösten sijaan mahdollisuutta tiiviisiin tapaamisiin, joita parhaimmillaan tulisi
voida järjestää, vaikka päivittäin. Sekä perhe että työntekijät voivat toivoa nopeita päätöksiä
ja linjauksia, vaikka hoidon kulkua ei voi ennustaa ja päätösten seurauksia ei voi koskaan täysin
ennakoida. Yhteistyösuhteen luominen on ensisijaista ennen isoja hoidollisia päätöksiä ja se
takaa hoitokomplianssin ja rakentavan yhteistyön jatkossa. Työntekijöiden ei tarvitse häivyttää
ammattitaitoaan ja tietoaan taustalle vaan päinvastoin se mahdollistaa parhaan tavan välittää
tietoa perheelle. Silloin kyse ei ole vain yksipuolisesta tiedonvälityksestä perheelle ja myös
hoitavat henkilöt rakentavat käsitystään perheestä, ilman etukäteen lukkoon lyötyjä ennako-
oletuksia. (Seikkula & Arnkill 2009, 54-55) (Haarakangas & Seikkula, 1999, 180-181)

Kriisi herättää aina ristiriitaisia tunnereaktioita. On ymmärrettävää, jos perhe ei halua ja pysty
suhtautumaan siihen neutraalin rauhallisesti. Tunnereaktiot voivat vaihdella pelosta ja häm-
mennyksestä, toivoon ja myötätuntoon, rakkaudesta turhautumiseen ja vihasta syyllisyyteen.
Omaiset pyrkivät erottamaan sairauden oireet ja potilaan persoonallisuuden, mutta se ei ole
aina helppoa. Jos yritykset tukea ja auttaa potilasta eivät johda toivottuun lopputulokseen,
niin omaisten stressi ja negatiiviset tunteet voivat vain vahvistua. Psykoosi voi hajottaa per-
hettä, koska se voi lisätä tyytymättömyyttä ja toisaalta sairastunut voi käyttäytyä omaisia koh-
taan paranoidisesti, uhkaavasti tai väkivaltaisesti. (Stengård, 2005, 33-35)

3.7. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito ja avoimen dialogin malli

Skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon mallin kehitys alkoi 45 vuotta sitten Turussa. Tarkoituk-
sena oli luoda malli psykoosien hoitoon, jossa korostettiin psykoosin psykologista ymmärtä-
mistä. Se painotti hoitosuhdetta ja avohoitokeskeisyyttä heti hoidon alussa. jotta vältettäisiin
laitostumista ja hoitoaikojen pitkittymistä. (Alanen 2009, 160-162)

Mallin kehitys liittyy Suomen valtakunnalliseen skitsofreniaprojektiin vuosina 1981-1988. Se toteutettiin Mielisairaalan Liiton aloitteesta skitsofrenian hoitoa koskevan valtakunnallisen ohjelman laatimiseksi ja sitä kehitettiin vuorovaikutuksessa skitsofreniaa hoitavien toimijoiden kanssa. Projektin tuloksena laadittiin raportit hyvästä hoitomallista, perheterapian ja kuntoutuksen soveltamisesta sekä opaskirja skitsofrenian hoidosta, huomioiden psyykkisesti sairastuneen omaiset ja läheiset. (Alanen, Kokkonen & Pylkkönen, 1988, 29-32, 35-41)

Hoitosuosituksissa integroitiin skitsofrenian ehkäisy yleiseen ehkäisevään mielenterveystyöhön. Hoitokäytännöt suositeltiin laadittavaksi tapauskohtaisesti ja tarpeenmukaisesti ja painotettiin avohoitoa. Sairaalahoidon nähtiin tarpeellisenä avohoidon tukitoimenpiteenä ja avohoitokeskeisyys vähentäisi sairaalahoidon tarvetta. Kuntoutus ajateltiin pitkäjänteiseksi toiminnaksi, joka ulottuisi sairaalahoidon yli potilaan omaan elämänpiiriin. Hoidon laadussa on tärkeää yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä sekä moniammatillisuus, Ehdotettiin erityisten psykoosityöryhmien perustamista, jotka kykenisivät joustavasti ja nopeasti hoitamaan ensikertaa psykoosiin sairastuneita. Koulutus nähtiin avaintekijäksi hoidon laadun kehityksessä. (Alanen ym 1988, 246-254)

Kaikkiaan Skitsofreniaprojekti oli valtakunnallinen mielenterveyden edistämishjelma, jonka vaikutukset näkyivät niin primääri-, sekundääri- kuin tertiääritasolla valtakunnallisesti. Sen suositukset edelleen skitsofrenian hoitokäytännöissä. Tarpeenmukaisen mallin suositukseksi nostettiin seuraavat periaatteet:

1. Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti. Ne kohdistuvat sekä potilaaseen että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa.
2. Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne.
3. Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan.
4. Hoidon prosessiluonne on ymmärretty, mikä tarkoittaa esimerkiksi sairaalahoidon ja avohoidon yhteistyötä.
5. Hoidon tulosten systemaattinen seuraaminen niin yksilötasolla kuin hoitoyksiköissä ja koko hoitojärjestelmässä hoidon kehittämisen varmistamiseksi (Alanen 2009, 161)

Vuonna 1992 aloitettiin API-projekti (API: Akuutin Psykoosin Integroitu hoito), jonka pohjana olivat valtakunnallisen skitsofreniaprojektin suositukset ja tarpeenmukaisen hoidon malli. Siihen osallistui useita hoitoyksiköitä eri puolelta Suomea ja tavoite oli kehittää hoitokäytäntöjä suositusten pohjalta, ottaen huomioon paikalliset olosuhteet. Se oli laaja-alainen tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena oli akuutin psykoosin hoidon kehittäminen ja eri hoitomuotojen integroiminen akuutin psykoosin hoidossa. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 18,23,82)

Avoimen dialogin mallin kehittänyt Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin Keroputaan yksikkö oli mukana API-projektissa. Dialogisen hoidon mallissa jo edellä esitettyjen periaatteitten lisäksi määriteltiin joustavuus ja liikkuvuus, epävarmuuden sietäminen hoidossa ja hoitolinjauksissa sekä dialogisuus keskustelun muotona. (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 2011, 18)

Avoimen dialogin malli syntyi kokemuksesta, että perheiden ja verkostojen mukaan ottaminen pakotti luopumaan parantajan asenteesta. Verkostollisuuden edellytyksenä oli, että sovitut suunnitelmat eivät olleet pelkästään hoitotahon määrittämiä. Malli ei syntynyt hyvänä ideana ”jota kannattaisi kokeilla”, vaan koska perinteinen ajattelu ei toiminut. Piti luopua ajatuksesta, että hoito- tai auttamisorganisaatiot voivat kontrolloida hoitoa määrittelemillään hoitointerventioilla. Hoito on yhteistä sopimista ja hoitointerventio voi myös olla työntekijöiden muutos omassa toiminnassaan. (Seikkula & Arnkill 2009, 26-27)

Avoimen dialogin mallin periaatteita ovat, välitön apu kriisissä, sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, joustavuus ja liikkuvuus, työntekijöiden vastuullisuus, työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, epävarmuuden sietäminen ja dialogisuus keskustelun muotona. Tavoitteena on saada selville kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien näkökulma ja mielipide. Dialogisuudessa pystytään ymmärtämään ongelmat uudella tavalla siihen osallistuneitten kesken eikä ennalta määritellysti. Näin perheen kokemuksellinen tieto liittyy ja työntekijöiden ammatilliseen tietoon, (Seikkula & Alakare 2004, 290, 294)

Dialogisuus on rakentava ja uutta luova tapa kommunikoida ja käydään keskustelua, sillä kielialueella ja käsitteillä, joita perhe käyttää. Kielialueella tarkoitetaan, että perhe voi keskustella indikatiivisella kielialueella, jossa kuvataan tapahtunutta konkreettisesti tai symbolisella kielialueella, jossa haetaan merkityksiä ja määritelmiä. Perheen eri jäsenet voivat keskustella eri tavalla ja kielialueet voivat myös limittyä puheessa. Työntekijän tehtävänä on liittyä perheen yksilölliseen tapaan eli ei olla liian monimutkainen, jos puhutaan konkreettisesti mutta myös kään olla liian konkreettinen, jos perheenjäsenet haluavat hakea myös symbolisia merkityksiä. (Johansson 2009, 39-40)

Dialogisuus on tutkimista millaisesta vuorovaikutuksesta olisi hyötyä, kun perhe muut auttajat ja psykiatrinen hoito kohtaavat toisensa. Sitä kutsutaan rajasysteemiksi. Ongelmalliseen vuorovaikutuksen välttämiseksi tulee tukea keskustelun moniäänisyyttä. Dialogin ylläpidossa ja rakentamisessa tulee työntekijöiden omissa vastauksissa ja kommentissa liittää ne jo puhuttuun. Näin kaikki keskustelun osallistujat ja heidän äänensä ovat osa sitä tarinaa, mikä keskustelussa syntyy. Ilman tätä voidaan ajautua tilanteeseen, jossa kilpaillaan, kuka osaa määritellä ongelman parhaiten ja silloin yhteistyöhön on vaikeaa sitoutua. (Seikkula & Arnkill 2011. 31-33, 90-91)

Länsi-Pohjan mallin tulokset olivat osoittautuneet menestykseksi myös vakavien mielenterveyshäiriöiden estämisessä ja mielenterveyden edistämisessä. Skitsofrenian sairaalahoitopäivät olivat alueella pienimmät koko Suomessa ja jopa itse sairauden esiintyvyys oli muuta maata alempi. Kuitenkin psykoottisten häiriöiden esiintyvyys on alueella pysynyt samana, joten tällainen hoitomalli estää psykoosisten häiriöiden kehittymistä pysyviksi ja kroonisiksi. (Aaltonen ym. 2011, 187-189)

Yhteistyösuhteen ja ymmärryksen lisäämisen kannalta narratiivinen näkökulma on tärkeä. Meidän tapamme käsitteellistää elämäämme, on tarinallinen. Tarinassa tapahtunut saa muotonsa ja logiikkansa. ja se nojautuu edellä mainittuun omaan käsitejärjestelmään samalla myös luoden ja uudistaen sitä. (Vuorinen-Olkkonen 2002, 38-39)

Narratiivisessa ajattelussa tavoitteena on tarinan muuttaminen etsien siitä poikkeuksia ja uusia näkökulmia. Psykkisistä ongelmista ajatellaan helposti, että ne ovat osa identiteettiä. Se liittyy kulttuuriin määreisiin, jotka luokittelevat ihmisiä ja etsivät rationaalisia syitä heidän käyttökseen. Tästä syystä mielenterveyden ongelmat koetaan sitgmatisoiviksi, koska kulttuurinen uskomus on, että niiden syyt ovat niistä kärsivissä ja selitys löytyy myös heistä. (White 2012, 29-30)

Eksternalisaatio on yksi tapa luoda uutta tarinaa. Sen suora käänös on ulkoistaminen, mutta sillä ei tarkoiteta, että ongelmaan löydetäisiin ulkopuolinen syy, joka poistaisi vastuun muutokseen pyrkimisestä. Ongelmien ulkoistamisella vähennetään psyykkisen ongelman ja siitä seuraavan syyllisyyden ja häpeän sekä oman identiteetin välistä riippuvuutta. Eksternalisaatiossa erotetaan yksilön tai perheen identiteetti ja käsiteltävä ongelma. Jos ongelma identifioidaan itseensä, niin ratkaisukin tulisi löytyä siitä, mitä vikaa itsessä tai perheessä on. Tällainen lähestymistapa voi vain pahentaa ongelmia. Objektivoimalla ongelma sitä voidaan tarkastella ulkopuolelta tai nostaa se käsitteeksi. Näin esimerkiksi tarina perheestä, jossa on skitsofreniaa sairastava jäsen voi muuttua selviytymistarinaksi, jossa perhe yhdessä hakee apua ja tukee toisiaan. Toisaalta ongelmia ei tarvitse voittaa tai pitää niitä vain negatiivisina ilmiöinä. Esimerkiksi äänet voivat olla hyvinkin tuskallisia psykoosissa, mutta joskus ne voidaan määritellä myös ystäviksi ja neuvonantajiksi. Joka tapauksessa tärkeää on, että uusi kertomus luodaan yhdessä terapiatilanteessa, eikä ulkopuolelta annettuna käsikirjoituksena. (White, 2012, 30-37)

Väitöskirjaansa ”Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset” tuloksissa Päivi Vuokila-Olkkonen kuvaa yhteistoimintaneuvottelua, jossa ei anneta tilaa tarinalle ja sen muuttamiselle. Yhteistoimintaneuvottelulla tarkoitetaan tässä psykiatrisen osaston hoitoneuvottelua, jossa on mukana potilas, mahdollisesti hänen perhettään, muita potilaan elämässä tärkeitä ihmisiä ja hoitotiimi. Keskustelun narratiivi tulkittiin puhumattoman häpeän tarinaksi. Potilas antoi selviä vihjeitä ja keskustelunaloituksia ettei hän

uskonut tilanteensa paranevan. Hän oli eristäytynyt, koska ystävien ja tuttavien elämä oli niin erilaista, että hän ei halunnut edes kohdata heitä. Hoitavien henkilöiden kommentit saattoivat olla rohkaisevia, mutta eivät antaneet tilaa itse tarinan kertomiselle ja potilaan pulmat jäivät silloin hänen ratkaistavakseen. Hänelle ei annettu mahdollisuutta puhua häpeästään, mikä lamautti edes halun muutokseen. Narratiivisesti ajateltuna häpeästä puhuminen sen käsitteellistäminen ja eksternalisaatio olisivat voineet olla avain muutokseen. (Vuokkila-Oikkonen 2002, 51-54)

3.8. Psykoedukaatio

Psykoedukaatio perhetyöhön yhdistettynä, on yksi vaikuttavimmista psykososiaalisista psykoosin hoitokeinoista. Se on opetuksellinen ja psykoterapeuttinen hoitomenetelmä, jolla annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Sen tavoitteena on lisätä potilaan hoitomyönteisyyttä ja helpottaa perheen kokemaan kriisiä ja yhteistyö perheen kanssa on edellytys edukaatiolle ja sen hyödyllisyydelle. Psykoedukaatio on yläkäsite monille erilaisille perheinterventioille. Lähestymistapa voi olla koulutuksellinen mutta myös hyvin psykoterapeuttisesti painottunut. Yhteistä niille on taustateoria, koulutuksellisuus ja tiedon jakaminen. Suomessa psykoedukaatio on käännetty nimellä koulutuksellinen työote, joskin on esitetty myös termiä koulutuksellinen terapia. Tämä korostaa vuorovaikutuksen merkitystä tiedon antamisen edellytyksenä ja että sen pitää olla asteittaista. Tavoitteena on myös stigman kokemuksen vähentäminen ja ymmärryksen lisääminen psykoottisen kokemukseen liittyen. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2213-2214)

Tietoa annetaan sopivia määriä mukauttaen ne perheen sen hetkiseen tilanteeseen ottaen huomioon, missä vaiheessa toipumista ollaan akuutista psykoottisesta episodista. Pelkkä tiedon antaminen ei ole psykoedukaatota. Se voi jopa lisätä toivottomuutta ja toisaalta potilaalla on oikeus omaan käsityksensä psykoosistaan ja sen syistä. Psykoedukaatiossa olennaista on, että se perustuu keskusteluun ja varsinainen edukaatio eli oppiminen tapahtuu potilaan ja perheen oman oivalluksen kautta. Se edellyttää dialogia niin työntekijöitten ja perheen välillä. Työntekijöitten tehtävänä on siis yhtä paljon kuin antaa tietoa, pitää huolta ja tukea, että keskustelu on hedelmällistä ja vastavuoroista. (Kieseppä & Oksanen 2012, 2138)

Expressed emotions-käsite tai EE on yksi psykoedukaation keskeisistä perhettä kuvaavista käsitteistä. EE kuvaa tunneilmastoa perheessä. Liiallinen huolehtiminen ja huolestuminen vievät potilaalta oikeuden omaan toimijuuteen ja negatiivinen ja kriittinen suhtautuminen ei tue potilasta. Molemmissa tapauksissa relapsien todennäköisyys kasvaa. Rauhallinen ja potilasta auttava tuki on lähestymistapa, joka toimii parhaiten. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2215, 2235-2236)

Expressed emotions tutkimuksia on myös kritisoitu siitä, että ne ovat voivat syyllistää omaisia ja vähättelevät perheen tapaa selvittää emotionaalisesti vaativasta tilanteesta. Toisaalta juuri tällainen tieto painottaa perheen psykososiaalisen tuen tarvetta. Perheen voimakas tunneilmasto voidaan nähdä myös perheen kriisireaktiona. Informaation antaminen, ongelmanratkaisutaitojen opettelu ja perheenjäsenten kommunikaation tukeminen voivat tukea perhettä. (Stengård 2005, 18-19)

Stressi-haavoittuvuusmallissa on toinen psykoedukaation peruskäsitteistä. Psykoosiin sairastuminen nähdään alttiutena, joka vaihtelee yksilökohtaisesti. Alttiudessa osa on biologista ja biologisesti alttiimmat ihmiset sairastuvat myös psykoosiin todennäköisimmin. Traumaattiset elämäkokemukset ovat myös altistavia tekijöitä. Kaikilla ihmisillä on jonkinlainen alttius saada psykoottisia oireita, mutta vähäisempi alttius suojaa psykoosilta paremmin. Toisaalta elämän tavanomaiset muutostilanteet, kuten kotoa pois muutto, yritys muodostaa parisuhde tai opiskelujen aloittaminen voivat laukaista psykoosin, jos alttius on suuri. Psykosisaalisessa hoidossa on tärkeää, että käytetään riittävästi aikaa mallin hahmottamiseen. Parhaimmillaan se vähentää sairauden mystifiointia ja siitä aiheutuvaa syyllisyyttä. (Kieseppä & Oksanen, 2012, 2136)

Psykoedukaatio on tutkitusti vaikuttavaa hoitoa. Se vaikuttaa positiivisesti kymmeneen eri muuttujaan. Ne ovat kuolleisuus, psykoosin uusiutuminen, sairaalahoitoon joutuminen, oireilu, psykososiaalinen toimintakyky, elämänlaatu, hoidon keskeyttäminen ja hoidon haittavaikutukset. Meta-analyysit psykoedukaation vaikuttavuutta käsitelleistä tutkimuksista osoittavat psykoedukaation lisäävän hoitoon sitoutumista ja tyytyväisyyttä koko hoitojärjestelmään, minkä seurauksena relapsit ja sairaalahoidot vähenivät. Psykoedukaatiolla ei kuitenkaan ole merkittävää näyttöä oireisiin tai psykososiaalisen toimintakyvyn paranemiseen. Silloin muut hoitomuodot voivat toimivampia. On saatu hyviä tuloksia, kun on yhdistetty psykoedukaatio ja kognitiivisbehavioraalinen hoito-ote. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2134)

Psykoedukaatio on vaikuttuvinta, kun siihen yhdistetään perhetyö. Samoin potilaille suunnatut edukaatioryhmät ovat yksilöedukaatiota vaikuttavimpia. Ryhmiin osallistumisen kontraindikationa ovat sellaiset sosiaaliset pelot, jotka estävät ryhmään osallistumisen Päihdeongelma voi vaikeuttaa säännöllistä osallistumista ryhmiin. Vaikeat kognitiivisen ongelmat myös edellyttävät aikaa ja toistoa enemmän, kuin ryhmässä olisi mahdollista. Perhepsykoedukaatiota puoltaa myös sairaalapaikkojen väheneminen ja hoitoaikojen lyhentyminen (Kieseppä & Oksanen 2013, 2135)

Perhepsykoedukaation on tutkimuksissa havaittu parantavan perheiden tyytyväisyyttä ja elämänlaatua. Moniperheryhmien tulokset ovat ainakin yhtä hyviä. Tämä ei silti poista potilaan on myös oikeutta saada edukaatiota yksilöllisesti ja optimaalinen tilanne olisi, jos sitä saisi hoidon eri vaiheissa niin yksilö- perhe- kuin ryhmämuodossa. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2136)

3.9. Vertaistuki

Vertaistuki pohjautuu vertaisten samankaltaisessa elämäntilanteeseen ja haluun saada keskinäistä tukea saman kokeneilta. Jaetut kokemukset luovat yhteenkuuluvuutta vastavuoroisia suhteita ja antavat kokemuksellista tietoa muiden tukien ja palvelujen rinnalle, Kun puhutaan kokemuksesta, puhutaan samalla muistosta ja tunteista. Tässä vertaistuen ero muuhun auttamiseen korostuu. Toisen kokemukset ja tunteet tekevät ymmärrettäväksi omat samankaltaiset kokemukset ja jokaisen saadakseen itse tukea tulee jakaa omaa kokemustaan muille. (Karlssoon 2006, 63-69)

Dialogisuus mahdollistaa vertaistuen toteutumisen. Vuorovaikutteisuus vastavuoroisuus luovat yhteisen jaetun kertomuksen, jossa kaikki osallistujat ovat sitä luomassa ja eläydytään toisen kokemiin elämäntapahtumiin ja niihin liittyviin tunteisiin. Vertaistuki antaa esimerkin selviämisestä ja kannustaa eteenpäin. Tarvitaan myös tilaa omalle heikkoudelle, huolenpidon ja hoiwaan tarpeelle ja oikeudelle huomioon. Se mahdollistaa vaikeista kokemuksista eheytyksen ja itsetuntemuksen ja arvostuksen kasvun. (Natunen 2012, 20-21.)

Hiljainen tieto ja kokemustieto ovat käsitteitä joita käytetään vertaistuen antamasta tiedosta. Nyttemmin korostetaan tiedon olevan kokemuksellista asiantuntijatietoa ja sitä hyödynnetään kokemusasiantuntija koulutuksissa. Koulutettujen kokemusasiantuntijoiden yksi tehtävä on antaa kokemuksellista asiantuntijatietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille. Tieto voi olla täsmätietoa, joka kuvaa elämäntilanteita läheltä ja yksityiskohtaisesti. Hiljaisen tiedon implisiittisyys ja ei-tieteellisyys liittyvät oivallukseen, että tietää enemmän kuin osaa sanoa ääneen. Siksi vertaistuki on tärkeää hiljaisen tiedon avaamiselle. (Mönkkönen 2009, 54-56)

Suomen potilasjärjestöt, vammaisjärjestöt, AA-ryhmät ja erityismielenterveysjärjestöt tekevät vertaistukityötä. Järjestöjen toimintaan voi kuulua neuvontaa ja ohjausta, koulutusta ja sopeutumisvalmennusta ja poliittista edunvalvontaa. Järjestöjen yhteiskunnallisen rahoituksen muutokset tuottavat epävarmuutta toiminnalle. Pienten järjestöjen talousongelmat voivat johtaa niiden toiminnan tarpeeseen nähden riittämättömään laajuuteen ja valtakunnalliseen kattavuuteen. (Mönkkönen 2009, 55-59)

Vertaistuen muotoihin kuulu sairaudesta annettava ensitieto, sopeutumisvalmennus ja tukihenkilötoiminta ja vertaisryhmätoiminta. Ensitietoa jaetaan tilaisuuksissa, jotka ovat suunnattu juuri vakavan diagnoosin saaneille tai esimerkiksi onnettomuudessa vammautuneille ja heidän perheilleen. Niitä järjestävät niin julkinen sektori kuin järjestöt. Sopeutumisvalmennus on

lakisääteinen kuntouttava palvelu. Sopeutumisvalmennus ja tukihenkilötoiminta on tarkkaan ohjeistettu ja säädelty ja sen järjestäminen voi olla potilasjärjestöille edellytys rahoituksen saamiselle. Tukihenkilö on tehtävään koulutettu aikuinen ja tuki liittyy jokapäiväiseen elämään. Hän on sopeutunut riittävästi vammaansa tai sairauteensa voidakseen toimia muitten tukena ja hän toimii samojen eettiseen toimintaperiaatteiden mukaan kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. (Mönkkönen 2009, 48-49)

Vertaisryhmät voivat liittyä vaikeisiin elämäntilanteisiin kuten työttömyyteen. Niitä ovat omais- ja läheisryhmät, psykososiaalisten sairauksien ryhmät, riippuvuusryhmät, perhe- ja ihmissuhderyhmät tai somaattisten sairauksien ryhmät. On myös naisryhmiä ja erilaiset kohtauspaikat vertaisille kuuluvat vertaisryhmätoimintaan. Ryhmät voi jakaa myös kansalais-, järjestö- ja julkistaustaisiin ryhmiin. Kansalaistaustaiset ryhmät ovat vertaisten itse perustamia oma-apuryhmiä kuten työttömien ryhmät. Halutaan auttaa muita ja parantaa omaa jaksamistaan ja pienryhmässä on helppo puhua omista asioistaan ja tulla kuulluksi. Järjestötaustaisiin ryhmiin kuuluvat esimerkiksi sairausryhmät, joiden vetäjinä ovat järjestöjen vapaaehtoistyöntekijät tai ryhmän jäsenet. Julkistaustaiset ryhmät ovat vaihtoehto esimerkiksi päihdeongelmissa, jos ei haluta sitoutua tiettyyn hoito-ohjelmaan tai jaeta sen arvopohjaa. Niihin kuuluvat myös läheisten päihde- tai mielenterveysryhmät. (Mönkkönen 2009, 50-54)

Vertaistoiminnassa saadaan kokemusasiantuntijuutta ja tietoa ihmisten arjesta ja sen haasteista. Kriitikki ryhmissä julkisten palveluiden toiminnasta olisi olennaista tietoa, mutta Suomessa ei ole yhteistyörakennetta julkisen sektorin ja vertaistoiminnan välillä. Tieto olisi kuitenkin olennaista palveluita suunniteltaessa. (Laatikainen, 2010, 81-84)

Perinteisin julkisen sektorin tarjoamasta vertaistukiryhmistä Suomessa ovat neuvoloiden vanhempainryhmät. Ne ja äitiysryhmät ovat arvostettuja palveluita niitä käyttäville. Niiden järjestäminen vaihtelee paikallisesti ja niihin käytetään melko pieni aika terveydenhoitajien kokonaistyöajasta. 2000-luvun alussa terveydenhoitajien koulutuksessa ei oltu kiinnitetty huomiota vertaisryhmien ohjaamiseen liittyvään ammattitaitoon. Ruotsissa vastaavat ryhmät ovat lakisääteisiä ja kaikille vanhemmille taataan mahdollisuus osallistua perhevalmennukseen. Merkittävä päätös on, että työajalla ryhmiin osallistuneille maksetaan korvaus menetetyistä työajasta. Ryhmiin osallistuneiden vanhempien kokemusta on tutkittu ja niin Ruotsissa kuin Suomessa se on ollut positiivinen. (Viljamaa 2003, 47-50)

Mielenterveystyössä ammatillisissa ohjatuissa ryhmissä korostuu ohjaajien kyky, sekä tukea että rajata keskustelua ryhmän turvallisuuden takaamiseksi. Kriisitilanteissa on oleellisempaa, että ryhmän jäsenille tärkeät asiat tulevat käsitellyksi, kuin tarkka ohjelma ja sen suunnittelu, Ohjaajat luovat puitteet ja tukevat turvallista ja rauhallista ilmapiiriä ja hyväksyntää. Avoin

keskustelu sen avaintekijä ja edellytys. Toiminnan tulee edetä osallistujien toiveisiin ja tarpeisiin perustuen. Toisaalta ohjaajat joutuvat myös vastaanottamaan voimakkaita tunteita. Niiden käsitteleminen vaati ammattitaitoa ja ohjaajien keskinäistä tukea. Kokemusten ja tunteiden avaaminen kertoo ohjaajien roolista ja tukee samalla toiminnan kehittämistä. (Narumo 2010, 9-11)

3.10. Moniperheryhmiä eri lähestymistavoilla ja viitekehyksissä

Moniperheryhmällä tarkoitetaan vertaistukiryhmää, johon osallistuu useita perheitä. Silloin kaikki perheenjäsenet osallistuvat ryhmään. Toimintatavat voivat vaihdella, niin että omaiset ja potilaat tai sosiaalisen tai terveydenhoidollisen tuen tarpeessa ovat omissa vertaisryhmissä ainakin osan aikaa jokaisella ryhmätapaamisella tai että sellaista jakoa ei tehdä. Seuraavaksi kuvataan laadullisia tutkimuksia moniperheryhmiin osallistuneiden kokemuksista ja vertaistuen merkityksestä eri viitekehyksissä ja toimintamalleissa.

Tutkimuksessa ”Multiple Family Group Therapy in a Drug and Alcohol Rehabilitation Centre: Residents' Experiences” kuvattiin moniperheryhmiä päihdekuntoutusyksikössä. Asiakkaat tulivat sinne sekä vapaaehtoisesti että vankeinhoidon lähettäminä. Heidän päihteenkäyttönsä oli ollut pitkäaikaista ja aiheuttanut vakavia sosiaalisia ongelmia ja voinut rikkoa perhesuhteet kokonaan. Interventiolla ei ollut psykoedukatiivista struktuuria. Tapaamisten alussa jokainen perhe sai esittää yhden omaa perhettä koskevan keskusteluteeman ja aiheet olivat ”tässä ja nyt” - tyyppisiä ja konkreettisia. (Schafer 2008, 89, 93)

Ryhmänohjaajat muotoilivat ongelman niin, ettei sitä koettaisi syytöksenä, mikä mahdollisti aiheen käsittelemisen. Perheet keskustelivat itse määrittelemistään pulmista, mutta yhtä tärkeää oli mahdollisuus jokaisessa istunnossa kommentoida ja antaa palautetta muille perheille. Ryhmä auttoi perheen jäseniä asettamaan rajoja, mutta myös huomaamaan oman roolinsa perheen jäsenen väärinkäytön mahdollistajana. Tämä tuki perheen vuorovaikutuksen uudistumista ja muutosta. Ohjaajien koulutustausta oli monipuolinen päihdetyöntekijöistä, psykologeihin ja perheterapeuteihin, mikä mahdollisti joustavan näkökulman vaihdon psykoedukaatiosta perheen sisäisen struktuurin tarkasteluun ja sen uudelleen määrittelyyn. (Schafer 2008, 89)

Vertaistuki teki mahdolliseksi väärinkäytön rikkomien perheenjäsenten suhteiden ja roolien uudelleen määrittelemisen. Väärinkäyttäjät olivat primääriperheessä voineet kokea väkivaltaa tai seksuaalista hyväksikäyttöä, mikä saattoi heijastua suhteissa puolisoon ja lapsiin ja jopa jatkua kuntoutujien omissa perheissä. Ryhmään osallistuneet kertoivat peloistaan ennen ryhmän alkua ja he epäilivät olisiko ryhmästä hyötyä. Siihen liittyi myös häpeä siitä, mitä päihitteidenkäyttö oli aiheuttanut omaisille. Ryhmä avasi uuden mahdollisuuden luoda jaettua ymmärrystä perheessä ja se määritteli uudelleen perhesuhteita, mutta ennen kaikkea lähensi niitä. Tärkein

muutos oli, että kyettiin kuuntelemaan aktiivisesti ja vastavuoroisesti ja puhumaan vaikeista asioista. Interventio mursi aiemman toimimattoman mallin, joka oli kehittynyt vuosien myötä. Tässä moniperheryhmässä korostui avoin ja dialoginen näkökulma. (Schafer 2008, 91-93)

Tutkimuksen ”Ylivilkkaiden lasten vanhempien kokemuksia Perhekoulu-interventiosta” lähtökohta oli erilainen. Moniperheryhmään osallistuivat vanhemmat, joilla oli tarkkaavaisuushäiriöinen ja ylivilkas lapsi. Interventio oli rakenteeltaan psykoedukatiivinen. Jokaisella kerralla oli teema, johon vanhemmat tutustuivat etukäteen ja minkä pohjalta he tekivät kasvatuksellisia kotitehtäviä jokaisen ryhmäkerran jälkeen. Ryhmässä opetettiin vanhemmille lasten käyttäytymisen hallintaa ja opetuksen viitekehys oli kognitiivis behavioraalinen. Vertaistuki syntyi, kun teemoja käsiteltiin yhdessä ja myös keskusteltiin, miten kussakin perheessä oli onnistuttu uusien menetelmien käytössä. (Laakso, Lajunen, Aro, Eklund & Poikkeus 2011, 120-122)

Myös tässä lähestymistavassa vertaisryhmä ja siinä käydyt keskustelut olivat merkittävämpiä kuin neuvot, kotitehtävät ja ohjaajien rooli. Kaikki olivat kyllä hyödyllisiä osatekijöitä, mutta niitten painoarvo oli mielenkiintoinen, kun otetaan huomioon, että ryhmässä oli tarkoituksenaan opettaa uusia vanhempien vuorovaikutusta tukevia kasvatustekniikoita. Edukatiivisella materiaalilla ja tehtävillä oli merkitystä, mutta ne sisäistyivät ryhmäkeskusteluissa. Tiedon lisääntyminen ja vanhemmuuden vahvistuminen olivat vanhemmille tärkeämpiä, kuin lapsen käytöksen muutos. Vertaistuen merkitys verrattuna yhden perheen edukaatioon oli, että yhden perheen edukaatio voi muodostaa epäsuhtaisen tilanteen työntekijä ja perheen välille vaarantaen perheen päätöksentekoa ja autonomiaa. (Laakso ym 2011, 122-127)

Viimeinen tutkimusartikkeli on aiheeltaan kaikkien raskain. Se käsitteli vanhempien kokemuksia sururyhmästä lapsen kuoleman jälkeen. Tällainen kriisi voi vaikuttaa vakavasti vanhempien sekä fyysiseen että psyykkiseen sairastuvuuteen, päihitteiden käytön lisääntymiseen ja jopa itsemurhariskin ja kuolleisuuden kasvuun. Perheet saavat kyllä tukea ja tärkeimmät tuen antajat ovat perhe, sukulaiset ja ystävät. Silti parhaita tuenantajia ovat saman kokemuksen läpikäyneet vanhemmat. Huomattavaa on, että vanhempien tyytyväisyys terveydenhoidon, neuvoloiden mutta myös uskonnollisten yhteisöjen kykyyn tukea oli paljon vähäisempää. Voi perustellusti kysyä onko terveydenhuollon työntekijöillä riittävä koulutus tällaisiin tilanteisiin. Dialogisuuden periaatteiden ymmärtäminen ja soveltaminen olisi tärkeää, voidakseen olla hyvässä vuorovaikutuksessa ja ymmärtää ammattiroolinsa laajemmin. (Botha, Kaunonen, & Aho 2014, 283- 284)

Teemat kokemuksissa perheryhmät olivat pysähtyminen menetyksen äärelle, yhteisöllisyyden rikkaus, tasaveroinen vuorovaikutus ja yksin muiden joukossa olo. Ryhmässä oli sallittua itkeä ja kokemus vaikeimpien tunteiden jakamisen mahdollisuudesta oli merkittävä näytös ryh-

män tarpeellisuudesta. Perheryhmän seurauksena sopeutumisen ja selviytymisen olivat edistyneet. Ryhmä auttoi surussa eteenpäin ja ryhmällä oli siinä merkittävä osuus. Oma suru selkeytyi suhteessa toisten kokemukseen ja tuki ajatusta, että suru etenee jokaisella omaa yksilöllistä tahtiaan. (Botha ym. 2014, 293-294)

Tutkimuksessa selvitettiin, voiko ryhmästä olla myös negatiivisia kokemuksia ja seurauksia. Negatiivisena kokemuksena olivat vanhempien surun arvottaminen sen mukaan, kuinka pitkään he olivat saneet elää yhdessä lapsen kanssa. Kuolema saattoi terävöittää näkemyksiä kuolemasta jokaisen oman elämäncatsomuksen pohjalta. Herkässä tilanteessa jotkut osallistujat kokivat tällaiset erimielisyydet hyvin voimakkaasti ja ne lisäsivät pelkoa ja ahdistusta. Kuoleman kokemuksen jakaminen koettiin vapauttavana, mutta kaikki osallistuneet eivät jaksaneet kantaa kaikkien muiden kertomuksia. Pelättiin toisen surua ja siksi varottiin omia kannanottoja. Jälkikäteen koettiin stressiä ja väsymystä, mikä ilmeisemmin johtui siitä, että ryhmä herätti vanhoja traumoja uudelleen tietoisuuteen. (Botha ym. 2014, 293-294)

Tulokset antoivat näyttöä, joilla oli suoraa merkitystä, miten sururyhmien ohjaajat toimivat negatiivisten kokemusten välttämiseksi tai vähentämiseksi. Kiinnitettiin huomiota, että ryhmän vetäjien tulisi puuttua keskusteluun, jos se ei lisäänyt vertaistukea eikä yhteenkuuluvuutta. Tutkimuksen seurauksena oli, että ryhmänohjaajat entistä tarkemmin varmistivat, että vanhemmilla on rauhallinen olo jokaisen ryhmäkerran lopussa. Jos ryhmässä vertailtiin, kuinka kauan vanhemmat saivat elää yhdessä kuolleen lapsena kanssa, ohjaajat kiinnittivät siihen huomiota ja herättivät keskustelua siitä, voiko surua arvottaa tällä tavalla. Elämäncatsomuksellissa kysymyksissä olivatpa ne sitten ateistista tai kristillisiä tulee varmistua, että kaikki kokevat, että heidän näkemystään on kunnioitettu. (Botha ym. 2014, 286, 295-296)

Tulokset kertovat, että riippumatta lähestymistavasta vertaistuen kokemus oli merkittävin ja tärkeämpää kuin teoreettinen lähestymistapa. Ryhmän ohjaajien tehtävänä oli tukea ryhmän turvallisuutta, dialogisuutta ja luottamuksellisuutta, mutta heidän tulee aktiivisia, jos ne ovat uhattuina.

3.11. Moniperheryhmät psykoosien hoidossa

Ensimmäisen kerran moniperhetyötä sovellettiin skitsofrenian hoitoon 1960-luvulla. Silloin skitsofrenian hoito perustui sairaalahoitoon, lääkitykseen ja pitkiin hoitoaikoihin, eikä ollut strukturoituja hoito-ohjelmia tai edes linjauksia perhekeskeiseen työhön. Psykiatri H Peter Laquer huomasi työskennellessään tuon ajan tyyppillisessä suuressa psykiatrisessa sairaalassa, että perheet kävivät keskenään vertaistuellisia keskusteluita odotushuoneessa ennen tapaamisajan alkua. He vaihtoivat kokemuksia, millaista on elää perheessä, jossa on vakavasti psyykkisesti

sairastunut perheenjäsen. Laquer päätti järjestää perheille yhteistapaamisia vierailuiden yhteyteen, jossa tuettiin niin perheen sisäistä kuin perheiden keskinäistä kommunikaatiota. Tehdyissä tutkimuksissa havaittiin tapaamisiin osallistuneiden potilaitten selkeää sosiaalisen toimintakyvyn paranemista. Moniperheryhmä muutti perheiden ja potilaitten suhtautumista psyykkiseen sairauteen ja henkilökunnan käsityksiä, miten perheitä tulisi tukea. (Asen & Schuff 2006, 58-59)

Perheet kehittävät selviytymisstrategioita ja keskustelu ei ollut vain perheiden sisäistä vaan myös välistä. Se antoi välittömän mahdollisuuden nähdä oman perheen tilanne muista perspektiiveistä ja suhteutti omat kokemukset muihin perheiden kokemuksiin. Syntynyt vertaistuki ja vertaisoppiminen lisäsivät perheenjäsenten itsenäisyyttä ja erillisyyttä heidän identifioituaan vertaisperheiden kokemuksiin. (Asen 2002, 4)

Psykoedukatiiviseen viitekehyksen moniperhetyöhön toi ensimmäisenä William R Mc Farlane, Tiedettiin, että psyykkinen sairastuminen perheessä pienensi perheen verkostoa ja johti sosiaaliseen eristäytymiseen. ja lisäsi perheenjäsenten psyykkistä ja fyysistä sairastuvuutta. Moniperhetyö helpotti leimautumisen kokemusta ja tutkimuksellisesti todettiin, että moniperhetyö vähensi relapseja ja paransi potilaitten ennustetta. (Mc Farlane 2002 22-28)

Mc Farlanen työmalli oli monivuotinen moniperheryhmä perheille, joissa oli ensi kertaa psykoosiin sairastunut jäsen. Tapaamiset olivat viikoittaisia ja alkuun työ painottui tiedon antamiseen sairaudesta ja sen jakamiseen vertaisperheiden kesken. Toisessa vaiheessa kiinnitettiin huomiota perheitten tapaan ratkoa ongelmiaan ja kommunikoida keskenään ja käytännön ongelmien ratkaisuihin. Kolmannessa vaiheessa suuntauduttiin kodin ulkopuolelle ja haettiin ratkaisuja psykoosillisen kuntoutuksen ongelmiin. Moniperhetyö selvästi paransi myös psykososiaalisen kuntoutuksen ennustetta. (Mc Farlane, Dixon, Lukens & Luckstedt 2003, 227-228)

Ongelmaisissa perheissä helposti kehittyy toimimattomia ”käytöskoodeja”. Toiset perheet kykenevät näkemään nämä hyvin tarkasti ja kertomaan omia vastaavia kokemuksiaan. Tässä suhteessa vertaistuki on sekä toimivampaa että taitavampaa, kuin vastaava työntekijöiden antama tuki tai arvio. (Schuff 2009,4)

Edellä on käsitelty psykoedukatiivista tukea ja avoimen dialogin hoitomallia. Niillä on historiallisesti oma perinteensä ja taustansa. Näitä kahta eri näkökulmaa kuvaa hyvin tutkimus, jossa verrattiin omaisten kokemuksia kahdesta eri moniperheinterventiosta. Toisen viitekehys oli psykoedukatiivinen ja toista kutsuttiin lyhenteellä TAFI, joka tulee sanoista The therapeutic alliance focused family intervention eli suomeksi Terapeuttiseen yhteyteen keskittyvä perheinterventio. Perheet osallistuivat yhteen näistä kahdesta interventioista. (Levy-Frank, Hasson-Ohayon, Kravetz & Roe 2012, 268-269)

Psykoedukatiivisessa interventiossa kytkeydytään ensin perheiden tilanteeseen ja sen jälkeen annetaan tietoa psykoosista ja sen hoidosta. Interventio opettaa myös ongelmien ratkaisutapoja ja lähtee voimavarakeskeisestä ajatteluttavasta. TAFI-interventio painotti enemmän tapaamisten terapeutista prosessia. Molemmissa interventioissa alussa kuunnellaan perheiden kokemuksia jatkotyöskentelyn tukemiseksi. TAFI:ssa käsiteltävät aiheet olivat perheiden ehdottamia. Terapeutin rooli oli olla yhtenä terapeuttisen hoitosysteemin osana eikä niinkään asiantuntijana ja korostettiin jaettuja ajatuksia hoidon tarkoituksesta ja päämäärästä. (Levy-Frank ym. 2012, 268-269)

Tulosten perusteella molemmat interventiot olivat tehokkaita ja merkityksellisiä. Ryhmät lisäsivät tietoa sairaudesta, auttoivat löytämään selviytymiskeinoja sekä lisäsivät yhteenkuuluvuutta ja antoivat keskinäistä tukea. Vuorovaikutus perheissä parani ja perheenjäsenten itsetuntemus lisääntyi. Molemmissa lähestymistavoissa tieto psykoosisairaudesta lisääntyi. TAFI-interventiossa korostui myös osallistujien lisääntynyt itsetuntemus ja omakohtainen muutos ymmärryksessä omaa tai perheenjäsenen sairautta kohtaan ja kokemus sosiaalisesta tuesta. (Levy-Frank ym. 2012, 271, 277-278).

Vaikuttavuustutkimuksissa on verrattu yhden perheen ja usean perheen perhepsykoedukaation vaikuttavuutta. Moniperhe-edukaatio oli vähentänyt relapseja tutkimuksesta riippuen noin 50: %:a enemmän perhepsykoedukaatioon verrattuna. Relapsien määrään huomion kiinnittäminen ei kata skitsofrenian hoidon muita näkökulmia, jotka voivat olla potilaalle ja omaisille tärkeämpiä. Remissio tavoitteena saattaa tuntua jopa abstraktilta verrattuna asumisen järjestämiseen, työllistymiseen ja sosiaalisten suhteitten laadun ylläpitoon. Ne olivat tärkeämpiä kaikkien perheenjäsenten hyvinvoinnin paranemisen kannalta. Ryhmiin osallistuneiden potilaitten motivaatio ammatilliseen kuntoutukseen, sosiaalinen toimijuus lisääntyi ja työllisyys parani, jolloin myös hoidon yhteiskunnalliset kustannukset vähenivät. (Mc Farlane ym. 2003, 232-233)

Brasiliassa tehdyssä tutkimuksessa omaisten tieto psykoosista kriisinä, sen oireista, sekä kyky identifioida psykoosioireita ja korreloida ne potilaan käyttäytymiseen lisääntyivät kohtuullisesti tai erittäin paljon 60-70%; lla tutkituista. (Cabral & Chávez, 2010, 529)

4. Tutkimuksellinen työn kehittäminen

Seuraavassa esitellään tutkivan kehittämisen teorian käsitteitä sekä itseohjautuvan tiimin toiminnan piirteitä ja edellytyksiä. Työn kuvaamaa projektia ei lähdetty rakentamaan näistä periaatteista. Suunnittelu oli spontaania, yhteistoiminnallista itseohjautuvaa, mutta samalla hallittua ja päämäärätietoista. Työn kehittämisen teoria ja itseohjautuvan tiimin käsitteet ovat taustoittamassa eikä määrittämässä toiminnan kuvausta. Tiimiä ei nimetty itseohjautuvaksi, mutta sen ja toimintaa voi ymmärtää myös tästä viitekehyksestä.

4.1. Kehittämisen prosessi

Tutkimukselliseen kehittämistoiminnan osatekijät ovat kehittämisprosessi, siihen osallistujat ja prosessista saatu kehityksellinen tieto. Uutta ja myös ennakoimatonta tietoa syntyy koko prosessin ajan. Se edellyttää toimijoiltaan aktiivista osallistumista projektin toetutukseen ja tutkimustyöhön. Vuorovaikutuksellisuus on olennaisia kehittämisessä ja sen ehtona on aito tasa-arvaisuus. (Toikko & Rantanen 2009, 9-11)

Kehittämisellä pyritään muutokseen. Opinnäytetyö ei kuvaa poliklinikoiden hoitokäytäntöjä ja toimintatapoja muuttamista, vaan uuden toimintamuodon pilotointia, jolla tavoiteltiin laadullisesti ja rakenteellisesti erilaista perhekeskeisen työn muotoa. Opinnäytetyö seuraa prosessia ja tukee kokemuksellisen tiedon syntymistä, analysointia ja soveltamista. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan käsite kohdentuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan välimaastoon. Toimintaa voidaan lähestyä joko tutkimuksen tai kehittämistoiminnan kautta. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on kehityslähtöistä, jossa voidaan käyttää tutkimuksen logiikkaa ja menetelmiä, mutta tutkimusasetelman tulee palvella kehittämistä. Se ei ole siis perustutkimusta jossa tutkitaan ilmiötä ilman käytännön tavoitteita. (Toikko & Rantanen 2009, 14-22)

4.2. Työn kehittämisessä saatava tieto

Hanke on käytännöllisesti suuntautunut, ja sen tuottama tieto saatiin poliklinikoiden omaan käyttöön. Haluttiin kokemusta moniperhetyöstä, mutta varsinaiseksi tavoitteeksi ei projektin alussa asetettu, että sen tuloksia sovellettaisiin laajemmin psykoosien hoito-organisaatiossa. Luotu tieto oli saatu tiedon konstruktion avulla. Konstruktionismissä ajatellaan, että todellisuutta luodaan sosiaalisina prosesseina ja todellisuuden käsitys on merkitysjärjestelmä, joka luodaan yksilöiden välille. Perheiden ja psykiatrian poliklinikoiden työntekijöiden sosiaalinen todellisuus eroaa toisistaan. Ne on mahdollista liittää yhteen uudeksi yhteiseksi ja jaetuksi konstruktioksi. Samoin moniperheryhmä luo uuden sosiaalisen konstruktion perheiden välille ja

johon ryhmänohjaajat liittyvät. Tässä työssä työntekijöiden kokemukset luodaan uudeksi konstruktioksi ja tarinaksi niin että kaikkien ääni kuuluu, ilman että niitä voisi selvärajaisesti erottaa tosistaan. (Toikko & Rantanen 2009, 29,35-37)

Kehittämisessä tieto voidaan jakaa näyttöön perustuvaan tietoon, ja hiljaiseen tai kokemustietoon. Näyttöön perustuva tieto voi olla myös kokemukseen perustuvaa. Ryhmänohjaajien tietoperustana on oma tai sosiaali- tai terveystieteen koulutus yhdistettynä kokemuseräiseen tietoon työstä perheiden ja potilaiden kanssa. Niiden selkeä erottaminen ei tuntunut mielekkäältä ja ei vastaa tutkittua todellisuutta. Sen sijaan moniperheryhmän tuottama uusi kokemuksellinen tieto nivoutui ryhmänohjaajien aiempaan ammatilliseen tietoon niin teoriassa kuin käytännössä. Uusi tieto syntyi reflektiivisessä prosessissa toimintaympäristössään, jolloin se on käytökelpoista, kestävä ja hyödynnettävissä. (Toikko & Rantanen 2009, 39- 43)

Kehittämisprosessi oli alhaalta ylös kehittämistä ja toimijuuden näkökulma oli kehittämisessä vahvasti mukana. Tulosten levittäminen puhumattakaan ryhmä toiminnan ”tuotteistamisesta” kuten asia teoreettisesti voidaan ilmaista, jäi suurelta osalta opinnäytetyön ulkopuolelle. Toisaalta arviointi antoi monia kehittämisideoita ja näkökulmia ja itseohjautuvan tiimin periaatteiden mukaan toivottiin myös autonomiaa jatkokehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 48-49)

4.3. Itseohjautuva tiimi

Suunnittelutiimin toiminnassa oli itseohjautuvan tiimin toimintaa kuvaavia piirteitä. Itseohjautuva tiimi vastaa uuteen palvelutarpeeseen, johtaa itseään ja toimia itsenäisesti. Se asettaa omat tavoitteensa arvioi niiden toteutumista ja tekee parannusehdotuksia. Itseohjautuvan tiimin toiminnan edellytyksinä ovat hyvä kommunikaatio ja dialogisen keskustelun ymmärtäminen ja sisäistäminen. Dialogissa luodaan uutta tietoa ja uusia näkemyksiä kehittämisen tueksi. Se edellyttää kuuntelemista ja kykyä liittyä toisen puheeseen. Itseohjautuvan tiimin jäsenet sitoutuvat kehittämisen ja heidän välillään on keskinäistä luottamusta ja kunnioitusta, Tiimi ymmärtää kehittämisen tarkoituksen myös laajemmin koko organisaation kannalta. Keskustelu on vuorovaikutuksellista ja rakentavaa ja tiimissä oli tilaa erilaisuudelle, mikä takaa sitoutumisen prosessin kehittämiseen. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 188-191, 202- 203)

Tiimin jäsenillä tulee olla kykyä ammatillisen itsereflektioon. He kykenevät tunnistamaan omat ajatuksensa ja havaintonsa ja tunteensa ja samalla tunnistivat samoja piirteitä muissa. Se mahdollistaa toiminnan ammatillisen tarkastelun eri näkökulmista ja yhteisen ongelmanratkaisukyvyn. (Tiuranniemi., 2002, 166-167, 172- 173, 177)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata moniperheryhmän ohjaajien kokemuksia moniperheryhmästä ja työn kehittämisen näkökulmasta ryhmän alkaessa ja sen päättyttyä. Tiedonkeruumenetelmänä oli ryhmänohjaajien yksilöhaastattelut sekä ensimmäisen ryhmäkerran jälkeen ja ryhmän päättyttyä. Niissä käytiin läpi kahden ensimmäisen tutkimuskysymyksen näkökulmat. Ryhmän päättyttyä oli myös ryhmähaastattelu, joka käsitteli ryhmänohjaajien näkemyksiä moniperheryhmän suunnittelusta, toteutuksesta ja miten toimintaa voisi kehittää tulevaisuudessa saatujen kokemusten pohjalta. Ryhmähaastattelussa haettiin vastauksia kahteen viimeisen tutkimuskysymykseen.

Tutkimuskysymykset/Tutkimustehtävät:

- mikä on psykoosipoliklinikan työntekijän käsitys moniperhetyöstä?
- miten psykoosipoliklinikan työntekijä näkee vertaistuen moniperhetyössä?
- mikä on psykoosipoliklinikan työntekijän kokemus ryhmän toteutuksesta?
- miten psykoosipoliklinikan työntekijä kehittäisi moniperheryhmää tulevaisuudessa?

6. Opinnäyteyön toteuttaminen

6.1. Metodologiset lähtökohdat

Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksen ”mistä tässä oli kyse?”. Eli mistä oli kyse, kun ryhmän-ohjaajat olivat suunnittelemassa ja toteuttamassa ryhmää ja sen perusteella arvioivat näkemyksiään ryhmän alussa ja sen päätyttyä ja kuinka sitä voidaan tarkastella työn kehittämisen näkökulmasta. Laadullinen tutkimusmetodi antaa mahdollisuuden tämän selkeämpään ja järjestelmällisempään selvittämiseen, kuin muuten olisi mahdollista. Tutkimuksen merkittävyys riippuu, siitä kuinka hyvin tässä on onnistuttu ja että sillä on ollut merkitystä niin haastelluille kuin laajemminkin. Tulosten yleistettävyyttä tärkeämpää on, että tulokset heijastavat haastattelujen näkemyksiä ja kokemuksia ja se on hankittu haasteltavien kanssa vuorovaikutussuhteessa ja heidän omassa ympäristössään. On tärkeää, että tutkimuksen prosessi avataan. ymmärrettävyyden ja luotettavuuden kannalta. (Kananen 2014, 16-19)

Laadullisen tutkimuksen tekeminen vaatii oman reflektiivisen prosessinsa, Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin dilemma, että jos sen tulokset eivät anna uutta tietoa on mahdollista, että liiallinen perehtyneisyys taustateorioihin on ohjannut työtä liikaa vanhoille urille. Tässä työssä teoriaisuus niin moniperhetyöstä kuin työkehittämistä on toiminut taustana, johon tuloksia voidaan peilata, mutta sen tavoitteena ei ollut mallintaa moniperhetyötä, vaan ymmärtää sen riippuvuus- syy ja seuraussuhteita. (Kananen 2014, 54-55)

6.2. Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta

Moniperheryhmän kehittämisprosessi oli innovatiivinen ja keskusteleva ja samalla arkinen ja maanläheinen. Ryhmä olisi toteutunut riippumatta tehtiinkö siitä opinnäytetyö vai ei. Haluttiin tietää mitä tapahtui ja millaista tietoa siitä saatiin? Sen sijaan ei haettu vastausta kysymykseen ”menikö prosessi oikein tai väärin?”.

Alkusysäys tutkittavaan moniperheryhmään oli psykoosien hoitolinjan vuoden 2013 lopussa järjestämä moniperhetyötä käsittelevä seminaari. Seminaarissa esiteltiin moniperhetyötä psykiatriassa, sen teoriaa, sovellutuksia ja merkitystä psykoosin hoidossa sekä perhekeskeistä työtä laajemminkin muun muassa sen kehityksen näkökulmasta. Varhaispsykoosipoliklinikan ja sairaanhoitopiirin toisen sairaanhoitoalueen kuntoutuspoliklinikan työntekijät kertoivat jo toteutetuista moniperheryhmistä. Korostettiin, että moniperheryhmät ovat myös näyttöön perustuvaa hoitoa. Moniperheryhmä on psykiatrisen hoitotyön ja perhekeskeisen hoidon kannalta erittäin kiinnostavaa ja innostavaa ja perheiden välinen vertaistuki uutta poliklinikan työssä.

Seminaarin inspiroimana tehtiin periaatepäätös ryhmän aloittamisesta. Varsinainen aloituskokous, oli maaliskuussa 2014. Se oli avoin kutsu molempien psykoosipoliklinikkojen työryhmille tulla suunnittelemaan moniperheryhmää. Ryhmän suunnitteluun osallistuivat psykoosipoliklinikan avohoidon apulaisylilääkäri, ja työntekijöitä kaikista poliklinikkojen ammattiryhmistä. Heistä neljä lupautui ryhmäkertojen alustajiksi ja samoin neljä ryhmänohjaajiksi. Kevään 2014 aikana oli tapaamisia, joissa, sovittiin ryhmien kokoontumispäivämäärät ja alustusten teemat. Henkilökuntaa informoitiin ryhmästä ja pyydettiin miettimään ryhmään sopivia perheitä.

Ensimmäisen moniperheryhmän kohderyhmä olivat aikuiset potilaat jotka tarvitsevat vanhempien tukea jokapäiväisessä arjessaan. Potilailla oli pitkä ja vakiintunut psykiatrinen hoito erikoissairaanhoidossa ja sen osana myös perhetapaamisia poliklinikoilla. Suunnitteluryhmässä laadittiin esite, jota potilaitten omat työntekijät saattoivat jakaa potilaille ja heidän perheilleen. Sovittiin, että ryhmänohjaajat haastattelivat ryhmään ehdotetut potilaat ja omaiset yhdessä ja esittelisivät ryhmän toimintaa potilaitten omien työntekijöiden kanssa 2014 toukoelokuun välisenä aikana.

Ryhmään tuli yhteensä kahdeksan perhettä niin että neljä perhettä tuli molemmilta poliklinikoilta. Samoin ryhmänohjaajia oli kaksi molemmilta poliklinikoilta. Heidän ammattinimikkeensä olivat sosiaalityöntekijä, osastonlääkäri, sairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja. Yhdellä vetäjistä oli perheterapeutin pätevyys ja toisella pitkäaikaista kokemusta psykoedukatiivisen ryhmien vetämisestä. Kaikilla oli riittävästi kokemusta psykoosipotilaitten perhekeskeisestä hoitotyöstä.

Ensimmäinen ryhmätapaaminen oli 17.9.2014, jonka jälkeen ryhmätapaamisia oli kuusi kappaletta kahden viikon välein, joista viimeinen on 26.11.2014. Sen jälkeen oli vielä seurantatapaaminen 17.12.2014. Kokoontumispaikaksi valikoitui se kahdesta poliklinikasta, jossa oli näin suuren ryhmän kokoontumiseen sopivat tilat.

Jokainen ryhmä alkoi alustuksella. Teemoja jokaisella kerralla on yksi seuraavassa järjestyksessä: 1. Psykoosi ja skitsofrenia sairautena ilmiönä ja kokemuksena, 2. Lääkitys ja sen vaikutukset, 3. Kokemusasiantuntijan puheenvuoro, 4. Yhteiskunnan tarjoamat tukipalvelut, 5. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen liikunnan, terveystottumusten ja ravitsemuksen näkökulmasta ja 6. Vuorovaikutus ja sen vaihtelut ja vaikutukset. Alustajat ovat töissä psykoosiklinikoilla kokemusasiantuntijaa lukuun ottamatta.

,

Ryhmän aluksi oli kahvitarjoilu ja alustuksen jälkeen, jonka kestoksi sovittiin puoli tuntia. Puolen tunnin alustuksen aikana saattoi esittää kysymyksiä ja keskustella yhdessä aiheesta. Sen jälkeen jakaannuttiin vertaisryhmiin omaisten ja potilaitten kesken ja vertaisryhmillä olisi

keskustelu-aikaa noin tunti. Jokaisen ryhmän jälkeen tehtiin kysely, jolla mitattiin, kuinka tyytyväisiä osallistujat olivat yhteistyösuhteeseen vetäjien kanssa, ryhmän tavoitteeseen ja aiheeseen, työtapaan ja menetelmään. Tämän lisäksi pyydettiin yleisarviota ryhmäkerran onnistumisesta. Arvioinnit tulivat ryhmänohjaajien omaan käyttöön, eikä niitä käytetty tämän tutkimuksen materiaalina, mutta niihin viitataan tutkimushaastatteluissa.

Tämän työn tekijä toimi ryhmän kokoonkutsujana ja oli yhtenä suunnittelutiimin jäsenistä. Rooli muuttui tutkimuksellisemmaksi prosessin aikana ja ryhmän toteutuksesta saatu tieto tuli työn tekijälle vain tutkimushaastatteluista. Niiden jälkeen työn tekijä oli poliklinikoiden henkilökunnan yhteisissä tiimeissä, joissa keskusteltiin, miten saatuja kokemuksia voidaan hyödyntää. Tämän opinnäytetyön aineiston ”aikaikkuna” sulkeutui loppuhaastatteluista tehdessä, joten vaikka kokemuksia hyödynnettiin ryhmien jatkosuunnittelussa, niin sitä ei tässä opinnäytetyössä käsitellä. Nämä keskustelut aloitettiin keväällä 2015, mutta tämä työ valmistui toukokuussa 2016, joten opinnäytetyön tulokset eivät ole olleet silloin käytettävissä.

Haastatteluiden kohderyhmä oli moniperheryhmän ohjaajat. Haastattelut on toteutettu yksilöhaastatteluina ryhmän alussa ja sen päättymisen jälkeen. Alun perin ensimmäinen haastattelu oli tarkoitus pitää ennen ensimmäistä ryhmäkertaa, mutta tutkimussuunnitelman myöhästymisen ja sitä kautta tutkimusluvan viivästymisen vuoksi, se tapahtui vasta kun ensimmäinen ryhmäkerta oli pidetty. Yksilöhaastatteluista oli kahdeksan. Syksyllä yksilöhaastatteluiden yhteenlaskettu aika oli 1 t 49 min. Pisin oli kestoltaan 31 min ja lyhin 18 min. Keväällä kaikkien haastatteltujen haastattelut olivat pitempiä kuin syksyllä ja niiden kesto-aika oli yhteensä 2 t 52 min pisimmän ollessa 48 min ja lyhimmän 37 min. Erikseen pidettiin ryhmäkeskustelu, jossa ryhmäohjaajat arvoivat kehittämisprosessia ja sitä miten he ajattelisivat tehdä toisin jatkossa. Yhteishaastattelu kesti 1 t 45 min. Aineisto litteroitiin puhekieliseen muotoon ja se tehtiin näkövammaisten keskusliiton litterointipalvelussa. Yksilöhaastatteluista kertyi litteroitua tekstiä 70 sivua ja ryhmähaastattelusta 11 sivua.

Haastattelut tehtiin työntekijöiden työpaikoilla etukäteen sopien ja varmistaen, että niihin oli riittävästi aikaa. Periaatteessa oli sovittu ajaksi puolitoista tuntia, vaikka sitä aikaa ei käytetty. Se antoi kiireettömyyden tunnun ja mahdollisuuden keskustella rauhassa. Ryhmähaastattelulle varattiin kaksi tuntia aikaa, mikä käytettiin miltei kokonaan. Ajat oli sovittu hyvissä ajoin ennen haastattelupäivää niin, että ne olisivat sopineet mahdollisimman hyvin työntekijöiden muihin aikailuihin.

6.3 Tutkimushaastattelu ja haastattelumenetelmät

Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruun menetelmä on haastattelu. Muita laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat esimerkiksi havainnointi, mikä olisi tässä tapauksessa tarkoittanut,

että opinnäytetyön tekijä olisi joko ollut mukana seuraamassa ryhmän toimintaa tai videoinut tai nauhoittanut tapaamisia. Muita menetelmiä ovat projektin suunnittelun tarkka dokumentointi ja sen käyttö. Tiedonkeruumenetelmästä riippumatta on olennaista, että saatu tieto on empiiristä ja reaali maailmasta saatua. (Kananen 2014, 60-61)

Haastattelussa tutkimuskysymykset ja niiden teemat ovat vain avaamassa keskustelua. Haastattelu etenee, kun kysymykset ja niiden vastaukset tuottavat edelleen uutta ymmärrystä jatkokysymyksiä. Kysymysten tulee olla avoimia ja aiheita laajentavia. Kysymykset ovat johdattelevia, jos ne on muotoiltu niin, että niihin on jo sisäänrakennettu vastaus. Haastateltavalta ei tule kysyä tavalla jolloin hän joutuu vastamaan jonkun asian puolesta tai vastaan, vaan niin, että hän saa harkita kysymykseen liittyvä eri näkökulmia ja vaihtoehtoja. Vastaukset kertovat miten haastattava ajattelee tutkittavasti aiheesta ja mitkä ovat hänelle tärkeitä ja todellisuutta määrittäviä kokemuksia. Haastattelujen tulisi myös muuttaa ja laajentaa haastattelijan omaa käsitystä tukitusta ilmiöstä. (Kananen 2014, 72-74)

Haastattelumenetelmäksi valittiin dialoginen haastattelu tai se pyrittiin toteuttamaan sen periaatteiden mukaan. Dialoginen haastattelu on fenomenologinen lähestymistapa dialogin käsitteeseen. Ei pyritä ratkomaan ongelmaa väitteiden ja vastaväitteiden avulla, vaan pyritään tuomaan haastateltujen näkemykset esiin dialogisen keskustelun kautta. Dialogisessa haastattelussa ei edes pyritä ennalta määriteltyn selkeään lopputulokseen, vaan se perustuu haastattelutilanteen kohtaamiseen ja yhteisen ymmärryksen luomiseen. Kysymykset olivat avoimia: Mitä ajattelet moniperhetyöstä ja Mikä näet vertaistuen moniperhetyössä? Avointen kysymysten pohjalta lähteneessä keskustelussa asetettiin jatkokysymykset niihin imaisuihin, joita puhuja käytti. Haastattelijan oma taustatieto ei saa hallita keskustelua. Ennakkotietoon perustuvat kysymykset tulee esittää reflektiivisesti, niin että ne eivät ohjaa ja määrittele vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 78-80)

Dialogisuus on kuitenkin vaativaa, mitä seuraava esimerkki kuvaa. Ryhmähaastattelussa yksi haastateltavista mietti, onko erikoissairaanhoido edes paras foorumi moniperhe- tai omaisryhmille? Kun kyse oli erikoissairaanhoidossa toteutetusta ryhmä, sen arvioinnista ja kehittämistä rajattiin keskustelua ja pyydettiin miettimään, miten kehittäminen onnistuisi parhaiten juuri tässä kontekstissa. Yhtä hyvin olisi voinut kysyä reflektiivisemmin, mitä piirteitä kolmannen sektorin ryhmissä on, joita voisi soveltaa myös erikoissairaanhoidon ryhmiin. Vaikka keskustelu aiheesta jatkui, kyseinen ohjaaja ei enää vastannut kysymykseen.

Tuloksia analysoitaessa heräsi kysymys, oliko haastattelumenetelmä suoraan minkään haastattelutavan määritelmän mukainen. Siinä oli edellä kuvattuja piirteitä dialogisesta haastattelusta, mutta myös strukturoimattomasta- ja teemahaastattelusta. Strukturoimattomassakin

haastattelussa perustetaan jatkokysymykset aiempiin vastauksiin, jotta voidaan syventyä haastattelujen kokemuksiin ja näkemyksiin. Puhutaan haasteltavan kokemuksen rekonstruktioista haastattavaan aiheeseen tai alueeseen. Silti yksilöhaastatteluissa oli myös teemahaastattelun piirteitä. Teemoina olivat siis työntekijän näkemys moniperhetyöstä ja vertaistuesta sekä ryhmää aloitettaessa, että sen jälkeen. Näitä kahta teemaa kuljetettiin koko haastattelun ajan. Teemahaastattelun tunnusmerkkinä on, että teemat olivat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelu on käsitteellisesti ja käytännössä lähellä strukturoimatonta haastattelua. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 45-48)

Ryhmähaastattelun aiheena olivat tutkimuskysymysten teemat, mutta myös siinä pyrittiin dialogiseen lähestymistapaan. Haastattelija oli keskustelun avaajaa ja teki tarkentavia kysymyksiä ja reflektoi vastauksia. Haastattelussa ei pyritty tarkkaan struktuuriin vaan tavoitteena oli tukea keskustelun dialogisuutta ja saada monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Haluttiin avata ryhmän päätöksentekoprosessia, ohjaajien näkemyksiä ja kuinka he olivat toimineet yhdessä. Ryhmähaastatteluissa oli luontevampaa jakaa keskustelua ensin arvioon suunnittelusta ja toteutuksesta ja niiden muutosehdotuksista. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 61- 62)

6.4. Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruun ja analyysin tulisi vuorotella. Näin ei tässä opinnäytetyössä tapahtunut, vaan haastattelut tehtiin ensin ja vasta sitten ne kaikki analysoitiin yhdessä. Jos ensimmäiset haastattelut olisi analysoitu jo ennen loppuhaastatteluja, olisi ollut mahdollisuus tarkentaa, olisiko loppuhaastatteluihin pitänyt hankkia lisää tietoa tai haastatella tarkemmin ja useammasta eri näkökulmista. (Kananen 2014, 99-100.)

Aineiston sisällönanalyysin perusajatuksena on, että tutkimusmateriaalista saadaan sisällön analyysin avulla löydettyä sen olennainen sisältö ja myös sellaiset asiayhteydet, joita ei ilman analyysia välttämättä havaitsisi. Sisällön analyysi voi olla teorialähtöisiä tai sitten se nousee suoraan saadusta aineostosta. Aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että aineoston luokittelu on noussut luokitellusta materiaalista ja sen avulla on voitu jopa luoda uusia käsitteitä. Teorialähtöisessä analyysissa aineisto luokitellaan teoriaosuudessa olleiden käsitteiden mukaan. (Kananen 2012, 116-117)

Yksilöhaastatteluiden moniperheryhmän teemat luokiteltiin aineistolähtöisesti. Vertaistuen teemat luokiteltiin samalla tavalla, joskin luokille nimettiin teoriaosassa olleita vertaistukea kuvaavia määritelmiä luokittelun jälkeen. Ryhmähaastatteluiden luokittelu oli sen sijaan teorialähtöistä. Aineisto luokiteltiin sekä suunnitteluprosessin vaiheiden pohjalta, että itseohjautuvan tiimin toimintaa kuvaavien määreiden avulla. Sen lisäksi käytettiin yksilöhaastatteluiden

luokkia, koska haluttiin nähdä mitkä piirteet painottuvat missäkin ryhmän toteutuksen ja suunnittelun vaiheessa. Ryhmähaastatteluiden luokittelussa ratkaisu syntyi vasta yksilöhaastatteluiden analysoinnin jälkeen. Yksilöhaastatteluiden analyysi auttoi ymmärtämään moniperhetyötä ilmiönä ja miten kokemuksellinen tieto on määriteltävissä työn kehittämisen näkökulmasta. Tämän jälkeen oli luontevampaa soveltaa työn kehittämisen teoriaa haastatteluiden analyysiin.

Litteroitu teksti jaettiin osiin käyttäen menetelmää, jota on kuvattu kirjassa Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Teksti segmentoitiin Word tekstinkäsittelyohjelman kappalemerkillä, erottamalla lauseet tai lausekokonaisuuksudet niin, että ne sisälsivät yhden ajatuksen, niitä vielä muuten arvioimatta. Tämän jälkeen segmentoitu teksti muutettiin taulukkomuotoon Wordissa ja taulukko siirrettiin Excel-ohjelmaan, jolloin jokainen segmentoitu lause tai lauseet olivat oma solunsa. Tämän jälkeen aloitettiin aineiston pelkistäminen ja koodaus. Ilmaisut pelkistettiin poistaen niistä täytesanoja tai toistoja, jolloin ne edelleen muuttuivat tulosten kannalta anonyymeimmiksi, ilman että niiden sisältö olisi kärsinyt. Excel-ohjelman käyttö osoittautui hyväksi ratkaisuksi, koska se mahdollisti ohjelman suodatus- ja aakkosjärjestys työkaluilla koodien tai pelkistettyjen ilmausten nopean ryhmittelyn ja sen, että rivejä saattoi nimetä uudelleen ja siirtää tarvittaessa tosiin ylä- tai alaluokkiin. Pelkistetyn aineiston luokittelussa on syytä välttää liiallisia ennako-oletuksia taustateorioiden pohjalta, sillä se saattaa kaventaa analyysia ja jättää huomiotta sille olennaisia piirteitä. (Kananen 2014, 101-104 128, 135-141)

Aineistosta etsittiin tiettyyn kategoriaan kuuluvat pelkistetyt ilmaukset ja listattiin ne. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja ne yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläluokat. Teemat jaettiin tutkimuskysymysten mukaan, eli yksilöhaastatteluissa moniperhetyön ja vertaistuen teemoihin ja ryhmähaastatteluissa suunnittelun sekä toteutuksen ja muutosehdotusten teemoihin. Näin pyrittiin saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin ja tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93-97)

Kun alustava koodaus oli tehty, niin sen jälkeen haastattelut jaettiin tutkimuskysymysten mukaan työntekijöiden käsitykseen moniperhetyöstä yleisesti ja erityisesti tarkennettuna vertaistuen käsitteeseen ja neljä haastattelua yhdistettiin samaan Excel-tilukkuun. Jokaiselle haastattelulle annettiin oma pohjaväri haastattelun tunnistamiseksi. Vaikka tuloksissa tavoite oli yhdistää haastattelut uudeksi yhteiseksi tarinaksi, niin se auttoi kuitenkin hahmottamaan analyysia. Lyhyet täytekomentit poistettiin ja alkukoodauksessa erillisiä lausumia saatettiin uudelleen yhdistää toisiinsa niiden merkityksen ja selkeyden lisäämiksi. Ensimmäisessä luokittelussa lausumia nimettiin hyvin vapaasti ja huomattiin, että jotkut alaluokat kuvasivat paremmin yläluokkaa, kuin itse lausuman kuvamaan ilmiötä ja ne siirrettiin yläluokiksi. Samalla tietenkin nämä alaluokan lausumat luokiteltiin uudelleen ja lausumia siirrettiin toisiin ala- ja yläluokkiin, jos se katsottiin tarpeelliseksi.

Ensimmäisen analyysikerran jälkeen kävi ilmeiseksi, että haastatteluaineiston jakaminen vastauksiin kysymyksistä moniperhetyöstä ja vertaistuesta ei kuvannut haastatteluiden luonnetta. Kysymysten teemoihin jakaminen johtui siitä, että haluttiin varmistaa, että molemmat näkökulmat oli käsitelty. Niiden erottaminen vastauksissa näin suoraviivaisesti ei ollut mahdollista. Luokitteluissa oli päällekkäisyyksiä ja samoja alaluokkia tuli niin moniperhetyön kuin vertaistuen teemaan. Toisaalta joitakin vastuksia ei voinut selkeästi rajata teemoittain. Vastaukset eivät olleet hajanaisia, vaan päinvastoin haasteltavat paneutuivat syvällisesti monipuolisesti ja reflektoiden kysymyksiin. Kun oli pyritty dialogiseen haastatteluun, niin silloin olisi koko ajan pitänyt kuljettaa näitä kahta teemaa rinnan. Erillinen teemoittaminen oli lähinnä haastattelijan kokemattomuutta vaativassa tutkimushaastattelutavassa.

Siksi aineisto analysoitiin uudelleen niin, että riippumatta siitä missä teemassa keskustelussa oltiin, kaikki lausumat, jotka koskivat moniperhetyötä, vietiin moniperhetyön käsityksiä koskevaan teemaan ja vertaistukea kuvaavat vertaistuen teeman alle. Moniperheryhmä on raami, mikä mahdollistaa vertaistuen. Vertaistuki toteutuu ryhmäkeskusteluissa muussa vuorovaikutuksessa ryhmässä. Perheen sisäistä vuorovaikutusta ja suhteita koskevat lausumat liitettiin vertaistuen teemaan. Tämän jälkeen lajittelu ja analysointi oli luontevaa ja selkeää ja tulokset paremmin hahmotettavissa.

Ryhmähaastatteluiden alkukoodaus tehtiin samalla tavalla kuten yksilöhaastatteluissakin. Kun teksti oli siirretty Excel-ohjelmaan, ohjaajien kommentit merkittiin omilla väreillään selkeyden takaamiseksi. Ensin haastattelut jaettiin työn kehittämisen prosessin mukaisin vaiheisiin. Vaiheiden lausumat luokiteltiin samoilla luokilla, kun mitä oli käytetty yksilöhaastatteluiden tuloksissa ja haluttiin tietää miten ne painottuivat prosessin eri vaiheissa. tässä oli myös kyse analyysin luotettavuuden lisäämisestä triangulaation avulla. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen analyysia ja niiden tulosten yhdistämistä (Kananen 2012 176-177). Tälläisellä luokittelulla oli mahdollista nähdä, kuinka yhtäpitäviä yksilö- ja ryhmähaastattelut olivat ja selkeästi erottaa ne piirteet, jotka poikkesivat toisistaan. Luokittelun jälkeen oli kuitenkin joukko lausumia joita ei ollut luontevaa luokitella edellä kuvatulla tavalla. Niissä kommentoitiin suunnittelutiimin ja ohjaajien keskinäistä toimintaa. Nämä lausumat luokiteltiin sen mukaan mitä projektin vaihetta ja mitä itseohjeutuvan tiimin toiminnan piirteitä ne kuvasivat. Lopulliset tulokset jaettiin suunnittelun ja toteutuksen sekä itseohjautuvan tiimin teemoihin.

7. Opinnäytetyön tulokset

7.1. Haastateltujen kuvaus

Haastateltavina olivat ryhmien neljä ohjaajaa. Heitä oli kaksi molemmilta poliklinikoilta. Toisen poliklinikan apulaisosastonhoitaja oli myös ryhmän toiminnasta vastaava työntekijä. Muiden ammatit olivat mielenterveyshoitaja, osastolääkäri ja sosiaalityöntekijä. Yksi ohjaajista oli perheterapeutti, toisella kokemusta psykoedukatiivisten ryhmien ohjaamisesta ja kaikilla pitkä työkokemus niin perhekeskeisestä työstä kuin muusta psykiatrisesta hoidosta.

7.2. Tulosten esittely

Tulokset ovat kokonaisuus haastatteluista ja niihin on pyritty kuvaamaan haastattelujen erilaiset tai tosiaan täydentävät näkökulmat. Tuloksissa ei käytetä sitaatteja, anonymiteetin suojelemiseksi ja tulosten henkilöitymisen estämiseksi. Tavoitteena opinnäytetyössä on ollut, että tulokset olisivat uusi kertomus, jossa ei voi selvärajaisesti tarvitsa määritellä kenen haastattelun lausumasta on kyse, mutta tulokset perustuvat vain ja ainoastaan haasteluihin. Tämä ei tarkoita, että tuloksia olisi analysoitu narratiivisen sisällönanalyysin avulla. Tulokset on esitetty niin, että ne kuvaavat moniperhetyön ja vertaistuen keskeisiä piirteitä. Moniperhetyö toimii raamina ja vertaistuen mahdollistajana. Haastatteluissa on eroja alku- ja loppuhaastatteluiden välillä, mikä onkin luonnollista. Haetaan vastausta siihen, missä mielessä käsitykset vain vahvistuivat tai ryhmän kokemus ei tuonut enää uutta ja toisaalta se mikä muuttui ja millä tavalla.

Yksilöhaastattelut kuvataan teemoittain. Ensin on alkuhaastatteluiden analyysi ja sen jälkeen käsitysten muutos loppuhaastatteluissa. Tosin sanoen, jos sekä alku- että loppuhaastattelussa tulokset ovat samanlaisia niin niitä ei enää loppu haastatteluiden kuvauksissa kerrata. Jos alku- ja loppuhaastattelut vastaavat suunnilleen toisiaan on silti yhtä tärkeä tieto kuin, että ne olisivat erilaiset. Ne vain kertovat, että jotkut piirteet ryhmässä olivat samankaltaisia koko ryhmän ajan, kun taas joissakin muissa kohdin ne muuttuivat ryhmän myötä tai että ohjaajien käsitykset niistä muuttuivat. Tämän jälkeen kootaan tulokset ja kuvataan ne tiivistetysti. Voi olla mahdollista, että tutkimuskysymys tai tehtävä esimerkiksi ”mikä on psykoosipoliklinikan työntekijän käsitys moniperhetyöstä?” olisi pitänyt muotoilla tosin: ”millaisia käsityksiä työntekijällä oli moniperhetyöstä. Ryhmähaastattelun tuloksia ”käännetään” myös työn kehittämisen kielelle. Tässähän kuvataan myös työn kehittämisprosessia ryhmänojaajien kokemusten kautta ja sitä, miten se oli havaittavissa tiimin toiminnassa ja millaista kehityksellistä tietoa se tuotti.

Tuloksissa käytetään nimityksiä osallistujat, perhe, vanhemmat ja potilas tai potilaat. Osallistujat tarkoittavat kaikkia ryhmään osallistuneita ja perhe joko yhtä tai kaikkia ryhmän perheitä.

Vanhemmat ovat potilaitten vanhempia. Potilas nimityksen käytöstä voi keskustella sillä se jo lähtökohtaisesti asettaa heidät potilaan asemaan perheissään ja korostaa heidän potilas identiteettiään muun toimijuuden kustannuksella. Se ei kuitenkaan ole tulosten esittämisen tai työn tarkoituksena, mutta valitettavasti muuta luontevampaa nimitystä tähän opinnäytetyöhön ei löydetty. Poliklinikan työntekijöistä käytetään nimityksiä haastateltu, työntekijä, ohjaaja tai ryhmänohjaaja.

7.3. Työntekijöiden käsitykset moniperhetyöstä

7.3.1. Suunnittelu ja toteutus

Yksilöhaasteluissa ei painotettu suunnitteluprosessia, mutta myös siitä tuli lausumia molempiin haasteluihin. Ala luokkina olivat Ennakkotieto, Muiden kokemukset, Organisaation näkökulma, Palaute ja loppuhaastattelussa Jatkosuunnittelu

Alkuhaastattelu: Kaksi ohjaajista oli ollut mukana moniperhekoulutuksessa, kun taas kaksi sai ennakkotietoa vasta ensimmäisessä suunnittelukokouksessa, ja moniperhetyötä käsitelleeseen kirjallisuuteen ei oltu tutustuttu. Aiempi tieto samassa yksikössä olleista ryhmistä oli rohkaisevaa ja kannustavaa. Työtapo toimi ja viestinä oli, että kannattaa lähteä rohkeasti liikkeelle. Tosin mietittiin kuinka muitten yksiköiden alustusten teemat sopivat aluepoliklinikan tarpeisiin.

Erikoissairaanhoidon organisaatiossa psykoedukaatio nähtiin jopa velvollisuutena. Psykkiset sairaudet tulisi nähdä tasa-arvoisina muitten sairauksien kanssa ja tiedon antaminen kuuluu erikoissairaanhoidon perustehtäviin. Toivottiin psykoosien hoito-organisaatiossa toimintakulttuurin moniperhetyössä kehittyvän ja yhtenäistyvän. Avohoidon potilaitten kokonaismäärää ajatellen organisaation resurssit olivat rajalliset järjestämään riittävästi tällaisia ryhmiä.

.

Ensimmäisen ryhmän jälkeen oli saatu jo kirjallista palautetta. Vastauksissa arvio oli ollut enemmän positiivinen kuin negatiivinen, mutta pohdittiin tällaisen kyselyn luotettavuutta. Se kuinka hyvin osallistujat olisivat paikalla jatkossa, nähtiin hyvänä mittarina palautteelle. Suunnittelussa perheillä ei ollut mahdollista vaikuttaa alustusten aiheenvalintaan ja siksi mietittiin, kuinka hyvin ne vastasivat perheiden tarpeita ja toiveita.

Loppuhaastattelussa todettiin, että laajempi ennakkotieto moniperhetyöstä olisi auttanut sen käsitteellistämässä ja jäsentämisessä. Vaikka muiden kokemukset tukivat ja nopeuttivat suunnittelua, ne samalla ohjaisivat teemojen valinnassa. Ohjaajille oli epäselvää millaista moniperhetyötä organisaatio edellyttää ja millä tavalla ryhmän kokemusten pohjalta on mahdollista lähteä jatkokehittämään toimintaa. Näitä keskusteluja ei oltu käyty tiimeissä vielä haastatelluista tehdessä.

Ryhmän palaute oli ollut positiivista. Potilaitten kokemusta oli vaikeampaa arvioida ja he olivat vaisumpia kirjallisessa palautteessaan, mutta samalla potilaitten positiivinen palaute tuli esiin paremmin kirjallisena, kuin palautetapaamisissa suullisesti. Osallistujat olivat tyytyväisiä käytännön järjestelyihin ja ryhmään. Osa tiedosta oli ollut tuttua, mutta se annettiin aiempiin kokemuksiin verrattuna ja selkeämmin ja koostuneemmin. Ryhmästä muodostui mielekäs prosessi osallistujille. Tapaamisissa käytiin muutamaa päällekkäisistä aikatauluista johtuvaa poissaolopäivää lukuun ottamatta. Palautetta kerättyä olisi voinut tarkemmin kysyä osallistujien kokemuksesta vertaistuesta ja millaisia vaikutuksia ryhmällä oli ollut perheiden keskinäisen vuorovaikutukseen. Sen selvittämistä tukisi vielä uusi kysely esimerkiksi puolen vuoden kuluttua ryhmän päättymisestä. Palautteesta ei oltu tehty järjestelmällistä yhteenvetoa haastatteluita tehdessä.

Jatkosuunnittelussa tulisi olla valmiina uusiin ja erilaisiin ratkaisuihin ja pitää vaihtoehdot avoimina. Seuraava ryhmä voisi olla sisarusryhmä, puolisoitten ryhmä tai perheet, joissa on pieniä lapsia. Tulisi painottaa, millaista tietoa perheet sairaudesta toivoisivat ja miten keskusteltaisiin perheiden arjesta. Ohjaajien kokemus vaikutusmahdollisuudesta ryhmää suunnitellessa lisäsi luottamusta siihen, että niin myös tapahtuisi.

7.3.2. Ryhmä

Miten ryhmän kokoamisprosessi tapahtunut ja millaisia jäseniä ryhmässä oli vaikuttavat tietenkin ryhmän toimintaan ja ryhmäytymiseen ja millaista se oli? Yläluokan Ryhmä kaksi alaluokkaa ovat Ryhmän jäsenet ja Ryhmäytyminen.

Alkuhaastattelu: Ryhmää koottaessa pidettiin tärkeänä osallistujien yhdistävää kokemusta psykoosisairaudesta ja arvioitiin potilaiden ja vanhempien kykyä toimia ryhmässä. Potilasryhmän jäsenten välillä oli eroja toimintakyvyn ja toimijuuden kannalta. Potilaat totesivat vanhempiensa tarvitsevan ryhmää enemmän kuin he ja olivat tulleet siksi ryhmään. Potilasryhmässä ryhmäytymistä ei oltu havaittu ensimmäisellä ryhmäkerralla. Keskustelua oli kyllä ollut ja avointakin, mutta yleisvaikutelma oli ollut vaisu. Ei kuitenkaan haluttu vielä vetää pitkälle meneviä johtopäätöksiä yhden ryhmäkerran perusteella. Vanhempien ryhmässä keskustelu ja ryhmäytyminen alkoivat välittömästi ja kokemukset olivat hyvin myönteisiä.

Loppuhaastattelu: Potilasryhmän jäsenten into ja tapa keskustella oli hyvin erilainen ja eritasoinen, mutta ryhmän jäsenet antoivat tilaa sille, eivätkä reagoineet siihen negatiivisesti. Potilaitten ryhmän ohjaajat tukivat enemmän keskustelua kuin vanhempien ryhmän ohjaajat. Oli erilaisia arvioita, kuinka paljon potilaitten keskustelu oli ryhmän keskeistä ja kuinka paljon potilaitten ja ohjaajien välistä. Kuitenkin myös potilasryhmässä keskustelunaiheita nousi ryhmäläisten itse nostamista aiheista. Jakaantuminen vain kolme kertaa vertaisryhmiin vaikutti

negatiivisesti ryhmäytymiseen. Ryhmäkertojen myötä tunnelma vapautui ja ryhmän henki oli koko ajan hyväksyvä ja turvallinen. Kuusi ryhmäkertaa saattoi olla potilaille liian määrä vähäinen tutustumiseen ja ryhmäytymiseen. Merkittävä havainto potilasryhmässä oli ryhmäytymisen, keskustelun ja alustuksen kiinnostavuuden välinen riippuvuus. Mikäli aihe oli ollut kiinnostava, niin myös tunnelma ja keskustelu olivat elävämpiä

Myös vanhempienryhmän kohdalla punnittiin ryhmäprosessin jatkuvuutta ja ryhmäytymistä, jos ryhmä olisi jakaantunut aina kun niin oli suunniteltu. Keskustelut kuitenkin muuttuivat luottamuksellisimmiksi ryhmän aikana. Ryhmässä tapahtui liittoutumista osan vanhemmista ollessa kriittisempiä hoitoon, kun taas toiset vanhemmat antoivat hoidosta positiivisempaa palautetta.

7.3.3. Työntekijä

Työntekijöiden yläluokassa lausumat ovat ohjaajien omaan rooliin ja kokemukseen perustuvia ja heitä itseään kommentoivia. Alkuhaastattelussa he kertoivat odotuksistaan, kun taas loppuhaastattelussa oli enemmän ryhmästä kertovia kommentteja. Tietenkin haastattelussa on paljon työntekijäin arvioita, mutta tähän alaluokaksi oli koottu sellaiset arviot, jotka olivat minämuodossa tai muuten selkeästi henkilökohtaista kokemusta kuvaavia. Alaluokat olivat Työntekijöiden odotukset, Työntekijän rooli, Työntekijän arvio ja Työntekijän kokemus

Alkuhaastattelu: Työntekijät odottivat, että ryhmä toisi uutta ammatillista näkökulmaa verrattuna muuhun vastaanottotyöhön. Rooliksi nähtiin olla osa ryhmää, sen käytettävissä ja läsnä. Kyky hyvään ammatilliseen vuorovaikutukseen ohjaajan roolissa oli olennainen, mutta moniperheryhmä edellytti siinä erityistä herkkyyttä ja nöyryyttä. Tarvittaessa tuli tukea keskustelua ja viedä sitä eteenpäin. Työntekijöiden arviot potilasryhmästä ryhmän alussa olivat toiveikkaita tai neutraalin positiivisia. Kokemukset vanhempien ryhmästä olivat olleet rohkaisevia tai jopa ”huikeita”.

Loppuhaastattelussa vahvistui edelleen käsitys moniperheryhmän mielekkyydestä ja sen tärkeydestä osana hoitoa. Odottavat arviot olivat muuttuneet myönteisemmäksi ja jännitys tai epätietoisuus hälvenivät, kun ryhmä eteni. Kokemusta ryhmänohjaajan roolista pidettiin opettavaisena ja avartavana. Työntekijän tuli turvata kaikille puhemahdollisuus ja huolehtia että keskustelu ei ole loukkaava tai muita järkyttävää. Tärkeintä on luoda hyvää ilmapiiriä.

7.3.4 Psykoedukaatiivinen lähestymistapa

Psykoedukaatio antoi rungon tapaamisille. Alustus ajateltiin keskustelunavauksena ja tiedon jakaminen on tietenkin oleellinen osa psykoedukaatiosta. Siksi alaluokat olivat Tapaamisten ohjelma ja rakenne ja Tiedon jakaminen ja tapaamisten teemat

Alkuhaastattelussa ohjelmaa ja ryhmiin jakaantumista pidettiin toimivana ratkaisuna. Kuitenkin jo ensimmäinen alustus venyi yli sovitun ajan vähentäen vertaisryhmien keskusteluaikaa. Tiedon jakaminen nähtiin olennaisena osana ryhmän ohjelmaa ja oli hyvä, että se oli jaettu etukäteen perheille. Perheille annettiin ajantasaista tietoa ja sen vastaanottaminen erityisesti vanhemmille olisi helpompaa nyt, kun sairastumiseen liittyvä kriisivaihe oli ohitettu. Teema johdattelisi ja myös rajaisi ja fokusoisi keskustelua psykoosisairauden kannalta tärkeisiin aiheisiin. Silti myös pohdittiin, että olisiko jo suunniteltaessa ohjelmaa selvittää perheille tärkeitä teemoja? Ensimmäinen aihe oli psykoosien hoito ja havaittiin, että osa tiedosta oli perheille hyvinkin tuttua.

Loppuhaastattelussa alustusten venymistä 45 minuuttiin tai jopa tuntiin pidettiin selkeänä epäkohtana. Keskustelulle jäi liian vähän eikä se ryhmissä aina edes liittynyt alustukseen. Tapaa-
misten pidentämistä ei pidetty hyvänä ajatuksena. Jos luentotyyppisen alustusten aihe oli liian tuttu, se oli kertausta eikä vienyt keskustelua eteenpäin. Potilasryhmässä havaittiin selvä riippuvuus aiheen kiinnostavuuden ja keskustelun innostuneisuuden välillä. Alustusten keskustelu saattoi olla vikaista, mutta enemmän alustajan ja ryhmän jäsenten välistä, kuin ryhmän keskinäistä. Alustusten tulisi olla tiiviitä tietoiskuja ja niiden tulisi korostaa perheen omaa kokemusta ja asiantuntijuutta. Toisaalta oli pohdintaa, onko olemassa selvästi mallia, miten moniperheryhmää tulisi toteuttaa, vai onko siinä liikkuvuutta.

7.3.5. Moniperheryhmän konteksti

Moniperheryhmä oli uusi kokemus niin työntekijöille kuin perheille. Sen alaluokiksi tulivat Ryhmän epämuodollisuus, Keskustelumahdollisuus ja Uudet näkökulmat.

Alkuhaastattelussa kuvattiin ryhmän epämuodollisuutta. Kokoontuminen virka-ajan ulkopuolella oli ohjaajille ja perheille irtiotto rutiineista. Jos vertaisryhmästä nousi omia aiheita, niin keskustelua ei haluttu ohjata takaisin alustukseen. Uudenlaiseen keskustelumahdollisuuteen perheille ja erityisesti vanhemmille olisi ollut aiemminkin tarvetta. Potilaat olivat ryhmässä myös vanhempiensa vuoksi, mutta sen voi tulkita myös keskustelumahdollisuuden antamiseksi vanhemmille. Moniperheryhmä antoi lisäarvoa psykoeduakaatiolle ja vahvisti näkemystä perheiden kanssa tehtävän yhteistyön merkityksestä laadukkaan hoidon toteutumisessa.

Loppuhaastattelu: Ryhmä oli osoittanut kuinka tarpeellista ja tärkeää sen antama keskustelumahdollisuus oli ja erityisesti vanhemmille. Potilaat olivat myös saaneet mahdollisuuden keskustella, käyttäneet sitä ja ryhmän henki oli ollut hyvä. Moniperheryhmässä ei oltu vain asiakaina tai potilaina ja se korosti perheiden kokemusasiantuntijuutta ja siihen rohkaisemista.

7.3.6. Perhekeskeinen työ

Perhekeskeisen työn yläluokkaan liitettiin haastateltavat lausumat perhekeskeisestä työstä. Oma työkokemus ja ammatillinen tieto oli ollut herättämässä kiinnostusta ryhmänohjaajiksi. Kommenteissa oli kritiikkiä, mutta ennen kaikkea ne olivat ammatillista ja henkilökohtaista pohdiskelua. Alaluokiksi nousevat Omaisten kriisi, Potilaskeskeisyys, Tukemisen rajat ja Yhteistyö perheen kanssa

Perheenjäsenen sairastuminen ensimmäisen kerran, on kriisi omaisille ja potilaalle ja uudet relapsit voivat aktivoida sen uudelleen. Omaiset kokemus puuttuneesta tuesta, saattaa ilmetä jopa aggressiivisuutena ja masentuneisuutena. Joka tapauksessa he ovat ymmällään järkyttyneitä, hämmentyneitä ja epätietoisia, miten heidän tulisi olla perheenjäsenen tukena. He olivat myös epätietoista, saako potilas oikeaa hoitoa ja onko hänellä oikea diagnoosi.

Yhteistyö perheen kanssa on sekä vaativaa että antoisaa ja perhe- ja avohoitokeskeisyyttä pidettiin hoidon kulmakivenä. Silti on ollut jopa kokemuksia, että potilaan hoitoryhmä oli ollut erimielinen perheiden tapaamisen merkityksestä, vaikka ne olivat olleet yksittäistapauksia. Perhetapaamiset ovat osa hoitoa, mutta silti ne voivat olla liian potilaskeskeisiä. Akuuteissa tilanteissa vanhempien riittävään huomioimiseen ei aina ole riittävästi aikaa tai siihen ei vain kiinnitetä riittävää huomiota. Akuuteissa hoitotilanteissa työntekijät joutuva punnitsemaan monia eri näkökohtia. Mitä sovitaan ennen seuraavaa tapaamista, miten pian sen tulisi olla ja miten toimia parhaiten, että on perheelle tueksi? Samalla pitää huolehtia, että perhe ei kuormitu liikaa ja tämä tasapainottelu on haastavaa työntekijöille. Varhaisvaiheen jälkeen perhetapaamiset yleensä harvenevat. Silloin on voitu havaita, että perheellä ja potilaalla on erilaiset tiedot ja käsitykset hoidosta.

Moniperheryhmässä saatavaa vertaistukea ei työntekijän ole mahdollista antaa ja siksi vaan tulee nähdä oman ammattiroolin asettamat rajat. Sukulaiset, ystävät ja tuttavatkaan eivät voi syvimmillään tavoittaa kokemusta perheenjäsenen sairastumisesta ja siksi tuki on aina rajallista.

Loppuhaastattelu: Loppuhaastattelussa korostui vielä enemmän, että hoitavien työntekijöiden pitäisi ymmärtää tukemisensa rajat, sillä juuri tämän tiedostaminen voisi parantaa perheen saamaa tukea. Tilan antaminen perheen näkökulmalle ja kuuntelemiselle ja yhteistyön määrään ja laadun edelleen parantaminen antaisivat mahdollisuuden vielä yksilöllisempään hoitoon ja parempiin hoitotuloksiin. Jokaisen perheen tilanne on erilainen ja sen edessä voisi olla vielä nöyrempi. Tieto diagnooseista sairaudesta ja hoidosta ovat tietenkin yksi hoidon lähtökohdista, mutta jos ne esitetään monologisesti, niin se ei luo yhteisiä merkityksiä perheen ja työntekijöiden välille. Vasta kun tieto on sovitettu yhteen perheen tiedon ja tarinan kanssa, se on

mahdollista. Haastatellut olivat työssään pyrkineet näihin tavoitteisiin, mutta tämä kokemus oli edelleen vahvistanut heidän näkemyksiään.

7.3.7. Yhteenveto

Muiden työryhmien antama tieto työtavan toimimisesta voi tukea suunnittelua, niin muukin ennakkotieto on tärkeää. Suunnittelussa kannattaa pitää mielessä oman yksikön erityispiirteet ja tarpeet. Tiedon saaminen psykoosisairauksista on perheitten oikeus ja erikoissairaanhoidon velvollisuus on tarjota sitä. Olisi tarpeellista tietää, mitä organisaatio edellyttää tässä suhteessa, koska kokemukset ryhmästä herättivät monia kehitysehdotuksia. Suunnittelussa tulisi säilyttää tasapaino strategisten tavoitteiden ja paikallisen tiedon ja tiimien itseohjautuvuuden välillä. Poliklinikoiden tulee tarjota tietoa myös kolmannen sektorin vertaistukiryhmistä, sillä poliklinikoiden resurssit eivät voi vastata kaikkien tarpeisiin, vaikka moniperheryhmästä tulisi pysyvä toimintamuoto.

Palaute oli positiivista niin potilailta kuin omaisilta. Palauteta voisi silti arvioida tarkemmin ja järjestelmällisemmin ja tehdä kysely vielä puoli vuotta ryhmän päättymisen jälkeen. Seuraavan ryhmän palautteessa kokemusta vertaistuesta voisi kysyä tarkemmin ja huomioida potilaitten ja omaisten palautteen mahdolliset eroavaisuudet.

Tässä ryhmässä omaisten ja potilaitten motiivit tulla ryhmän olivat erilaiset. Ryhmän alussa potilaat sanoivat tulleensa vanhempiensa vuoksi, mutta asenne muuttui ryhmän myötä monipuolisemmaksi. Vanhemmilla tarve oli ilmeinen ensimmäisestä kerrasta lähtien. Potilaat voivat olla vuorovaikutustaidoiltaan ja tyyliltään keskenään erilaisia. Ryhmää koottaessa vastuutyöntekijöiden arviolla oli suuri merkitys. Ryhmään toimivuuden kannalta on tärkeää, että arvioidaan, miten osallistujat ovat motivoineita ryhmämuotoiseen työskentelyyn.

Potilaitten ja omaisten ryhmäytyminen erosi selvästi. Potilaitten keskinäinen erilaisuus ja tapa kommunikoida ei kuitenkaan ollut pulma, vaan jäsenet antoivat sille tilaa. Arviot potilaitten ryhmäytymisestä vaihtelivat, mutta merkittävä havainto on, että alustuksen aiheen kiinnostavuus vaikutti suoraan tunnelmaan ja keskusteluun potilasryhmässä. Potilaiden ryhmäprosessi tarvitsee enemmän aikaa ja tukea kuin omaisten. Omaisten ryhmässä ryhmäytyminen tapahtui nopeasti ja keskustelut ryhmässä muuttuivat yhä luottamuksellisimmiksi ja annettiin tilaa erilaisille näkemyksille. Tärkeä huomio on, että molemmat ryhmät hyötyvät pienryhmiin jakaantumisesta.

Odotukset moniperheryhmän omaa työnkuvaa ja ammatillisista ajattelua laajentavana ja tukevana kokemuksena toteutuivat. Työntekijän rooli ryhmässä on monipuolinen ja sen tulee vaihdella tilanteen mukaan. Tulee olla tarvittaessa keskustelun avaajana ja ylläpitäjänä ja samalla

antaa tilaa ryhmän keskinäiselle keskustelulle. On huomioitava tilanteet, jotka voivat olla muita loukkaavia ja uhkaavat ryhmä jäsenten kokemusta ryhmän turvallisuudesta ja huolehdittava, että kaikille annetaan mahdollisuus osallistua keskusteluun. Yleisesti tulee muistaa oman roolin merkitys. Ammatillinen kokemus tukee ohjaajia, mutta tulee tiedostaa oma roolinsa osana ryhmää ja hyvän ilmapiirin luojana eikä vain asiantuntijajäsenenä.

Ohjelmassa sovituista aikatauluista tulee pitää kiinni. Jos alustus venyy yli sovitun, se vie tilaa pienryhmien vertaiskeskusteluilta, joka on moniperheryhmälle olennaisinta. Alustusten kestoon ja esitystapaan tulee kiinnittää huomiota. Aiheiden tulee olla ajantasaisia monipuolisia, mutta niiden valinnassa tulisi kuulla myös perheiden toiveita. Lyhyinä tietopaketteina alustukset teemoittavia keskustelua. Olennaista on, millainen toteutus palvelee parhaiten pienryhmien keskustelua ja vertaistuellisuutta. Tulee seurata ryhmien alustusten ja ryhmien keskustelun välistä riippuvuutta ja etsiä liikkuvuutta ja vaihtoehtoja sille, kuinka ryhmässä jaetaan tietoa.

Moniperheryhmä on toimintamuodoltaan epämuodollinen ja uusia näkökulmia avaava. Siinä korostuu perheiden oma kokemusasiantuntijuus ja myös työntekijöille sen konteksti on erilainen verrattuna muuhun vastaanottotyöhön. Omaisille tarjottu keskustelumahdollisuus on erittäin tärkeä, mutta myös ryhmän myötä potilaat keskustelivat heille tärkeistä asioista. Se että keskustelun intensiivisyys oli erilainen omaisten ja potilaitten ryhmässä ei vähentänyt sen merkitystä.

Kokemus moniperheryhmän ohjaamisesta syventää näkemystä perhekeskeisestä työstä. Sen yhtenä haasteena on vanhempien kriisin huomioiminen. Vertaisryhmässä vanhemmat kertoivat, että varhaisvaiheessa heidän kriisinsä saatu tuki oli ollut riittämätöntä. Se huomioiminen on haastavaa, koska on myös fokusoitava potilaan vointiin ja kriisitilanteessa joudutaan tasapainottelemaan monin tavoin. Vanhemmille voi olla vaikeaa ymmärtää, mistä on kyse, ja he ovat epätietoisia, miten tukea potilasta. Toisaalta olisi huolehdittava, että vanhemmat eivät kuormitu liikaa. Aina ei ole aikaa ja mahdollisuutta paneutua riittävästi vanhempien tukemiseen. Tässä nimenomaan dialogisen hoidon mallin pyrkimys integroida ammatillinen tieto perheelle on tärkeää, sillä pelkkä tiedon ja faktojen antaminen ei ole riittävää.

Ryhmä vahvisti ohjaajien tietoisuutta heidän rajallisuudestaan jakaa perheen kokemusta. Omaiset voivat jäädä yksin, koska tällaisissa tilanteissa sukulaisten ja ystävien kyky tukea on myös rajallinen. Kuitenkin juuri tämän asian tiedostaminen ja sen äärelle pysähtyminen voisi muuttaa tilannetta. Tulee korostaa entistä enemmän jokaisen perheen tarinan kuuntelemista ja sille ajan antamista. Nämä periaatteet eivät olleet uusia ryhmänohjaajille, mutta moniperheryhmä oli vahvistanut edelleen käsitystä niiden toteutumisen tärkeydestä perhekeskeisessä hoidossa.

7.4 Työntekijöiden käsitys vertaistuesta

7.4.1. Vertaistuen teeman luokittelu

Tähän teemaan tulivat sellaiset lausumat, jotka kuvasivat vertaistukea toteutumista. Vertaistuen teema oli jaettu luokkiin, mutta ei alaluokkiin. Luokat olivat Tukijana ja tuettavan oleminen, Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen Samankaltaiset elämäkokemukset ja Puuttunut tuki, Perheenjäsenten väliset suhteet ja Perheenjäsenten vuorovaikutus sisällytettiin vertaistuen teemaan, sillä niihin moniperheryhmässä vertaistuellla voidaan vaikuttaa.

7.4.2. Alku. ja loppuhaastattelut

Alkuhaastattelu: Samankaltaiset elämäkokemukset tekevät ryhmän jäsenistä vertaisia toisilleen. Ryhmässä oli perheitä, joiden elämäntilanne keskenään muistutti toisiaan. eli kaksi kahden kulttuurin avioliittoa ja kaksi perhettä, jossa aikuinen lapsi ei ole muuttanut kotoaan. Kaikille vanhemmille sairauden puhkeaminen ja sen synnyttämä kriisi ja huoli olivat yhteinen kokemus. Potilaille sairastuminen psykoosin oli vertaiskokemus ja ryhmä antoi mahdollisuuden puhua siitä. Mitä enemmän ja avoimemmin jakoi kokemuksiaan vertaistensa kanssa, sitä enemmän sai itse tukea.

Tukijana ja tuettavana tarkoittaa ryhmässä roolien vastavuoroista vaihtelua. Apua tarvitseva voi toisessa tilanteessa olla tukemassa toista samanlaisen kokemuksen läpikäynyttä. Vaikka vanhemmilla oli kokemuksia epäonnistumisista ja riittämättömyydestä, niin he olivat ryhmässä tässäkin suhteessa sekä tukijoina että tuettavina. Potilaille vertaisietoa oli, että sairauden kanssa voi elää ja varhaisvaiheisiin verrattuna elämässä on positiivisia muutoksia.

Vertaistuessa tulee voida luottaa, että tullaan kuulluksi ja ymmärretyksi ja että muut ryhmän jäsenet voivat kertoa tarinaan liittyvän oman kertomuksensa. Se rohkaisi vanhempia kertomaan vaikeuksistaan ja antoi mahdollisuuden ”synninpäästöön” ja vertaistuki mahdollistaa ongelmien normalisoinnin ja antoi lohdutusta ja hyväksyntää. Potilaat olivat toivoneet, että kun psykoottinen jakso oli ohi, niin kaikki palautuisi ennalleen. Kun niin ei käynyt, niin siitä surusta haluttiin kertoa.

Vanhemmille kokemus puuttuneesta tuesta oli voimakas, eikä ollut riippuvainen siitä, kuinka tyytyväisiä he muuten olivat hoitoon. Vanhemmille vertaistukea olisi pitänyt järjestää aiemmin ja tarvetta kuvattiin jopa polttavaksi.

Suhteissaan perheenjäseniin vanhemmat saivat vertaistukea kysymykseen, kuinka paljon heillä sai olla omaa aikaa? Huoli potilaasta voi kapeuttaa elämää niin, että sitä ei osata tai uskalleta

arvioida. Asuivatpa potilaat vanhempien kanssa yhdessä tai ei mietittiin, kuinka tiivistä yhteydenpidon tulisi olla. Mikä olisi hyödyksi, kun halutiin tukea potilasta itsenäiseen elämään, sairauden hankaloittaessa itsenäistymistä.

Psykoosisairaus muuttaa väistämättä perheen vuorovaikutusta. Vanhemmille dilemmana on, miten suhtautua potilaan muuttuneeseen käytökseen ja mielialaan ja kuinka paljon voi hyväksyä ja sietää sitä. Tästä on vaikeaa puhua potilaan kanssa ja vaikka on halua olla kärsivällinen ja ymmärtäväinen. Vanhempien jaksamisen rajat voivat tulla vastaan, mikä on inhimillistä, mutta aiheuttaa syyllisyyttä. Sama dilemma on myös potilailla eli vaikeus keskustella vanhempien kanssa elämästään ja voinnistaan. Potilaan sairaus voi varjostaa vuorovaikutusta, olivat he omaistensa kanssa tiiviimmin tai harvemmin tekemisessä. Vertaistuki antaa mahdollisuuden avata ja jäsentää tätä suhdetta. Perheen vuorovaikutukselle nähtiin hyvänä, että moniperhe-ryhmässä alustuksen aikana koko perhe sai saman tiedon ja toivottiin, että keskustelu jatkuisi perheissä tapaamisten välillä ja niiden jälkeen.

Loppuhaastattelussa kuvattiin tilanteita, joissa jotkut vanhempien kommentit olivat hyvinkin kärkeviä. ja mietittiin, kuinka paljon oli hyötyä tunteiden voimakkaasta tuulettamisesta negatiivien kautta. Vanhemmat kaipaivat ystäviensä ja tuttaviansa tukea, mutta heidän lastensa elämä oli erilaista opiskeluineen ja perheenperustamisineen. Kritisoiitiin laajemminkin, kuinka yhteiskunta tukee pykoosisairaita heidän perheitään ja se oli myös vanhempia voimaannuttavaa. Keskinäisen luottamuksen lisääntyä puhuttiin yhä avoimemmin tilanteista, jolloin potilaalla oli psykoottinen jakso joko alkamassa tai jo alkanut. Se oli voinut johtaa jopa väkivaltaan tai sen uhkaan. Ne vaikuttivat väistämättä perheenjäsenten suhteisiin ja loivat niihin epävarmuutta. Se hankaloitti vastuukysymyksiä potilaan voinnista ja itsenäistymisestä ja mikä vastuu siinä on potilaalla. Jotkut vanhemmat saattoivat olla tyytyväisiä, kun lapsi asui edelleen kotona, kun taas toiset korostivat, että vanhemmuuden tehtävänä oli kannustaa lastaan itsenäistymään. Joka tapauksessa, kun vanhemmat kokevat tullessa nähdyksi ja kuulluksi, niin se auttaa ja selkiyttää koko perheen elämää ja perheenjäsenten välisiä suhteita.

Potilaitten vertaistuesta tuli loppuhaastattelussa enemmän ja yksityiskohtaisempia kuvauksia, kuin alkuhaastattelussa. Potilaitten ryhmässä keskusteltiin kokemusta ensipsykoosista, enemmän kuin siitä millainen psykoosidiagnoosi kenelläkin oli. Heitä olivat ahdistaneet oudot ja ihmeelliset ajatukset ja oli ollut myös vainoamisen ja seuraamisen kokemuksia. Tästä syystä kokemusasiantuntijan rohkeus ja avoimuus tekivät potilasryhmässä vaikutuksen.

Loppuhaastattelussa kuvattiin vuorovaikutusta perheenjäsenten kesken silloin, kun ryhmiin ei jakauduttu joko suunnitellusti tai alustuksen venymisen vuoksi. Se oli toisiaan arvostavaa, mutta silti varovaisempaa ja enemmän yleistä kuin vertaustuellista keskustelua. Vanhemmat ja

potilaat eivät ilmaisseet itseään niin henkilökohtaisesti kuin omissa ryhmissään. Oli ollut tilanne, jossa potilasta oli rajattu puhumasta vanhemman mielestä liian kiusallisesta aiheesta.

7.4.3. Yhteenveto

Vertaistukea oli niin vanhempien kuin potilaitten ryhmäkeskusteluissa. Huomattava seikka on, että varsinaisia pienryhmäkeskusteluita oli vain kolmella tapaamiskerralla suunnitellun viiden sijaan ja niitä lyhensivät alustusten venyminen yli sovitun. Viimeinen tapaaminen käsitteli vuorovaikutusta ja silloin oli etukäteen sovittu, että ryhmiin ei jakaannuttaisi. Haastatteluissa ei tarkennettu riittävästi millaista keskustelu oli ollut nimenomaan tällä ryhmäkerralla, mutta joka tapauksessa havainto oli, että yhteiset keskustelut eivät olleet niin avoimia ja vertaistuellisia kuin pienryhmissä.

Vanhempien ja potilaitten ryhmissä keskustelun olivat erilaisia, joten tässä kuvataan vertaistukea ensin vanhempien ja sitten potilaitten ryhmissä. Vanhemmilla samanlainen vertaiskokemus oli lapsen sairastuminen psykoosisairauteen. He tukivat toisiaan ja tulivat kuulluiksi kertoessaan kriisistä sairastumien seurauksena. Kerrottiin huolesta ja epätietoisuudesta mitä tehdä sekä yksinäisyydestä, koska siihen ei saanut riittävää tukea hoidossa mutta ei myöskään sukulaisilta ja ystäviltä. Sairaus muutti tulevaisuuden suunnitelma ja toiveita potilaan opiskeluiden perhe-elämän ja työllistymisen suhteen. Kriisiä lisää potilaan käytöksen selittämätön muutos ja jopa väkivalta ja sen uhka. Sen seurauksena on vaikeaa määritellä miten tukea potilaan itsenäistymistä ja mitä se edellyttää heiltä vanhepina. Vaikka vanhemmat olisivatkin päätyneet eri ratkaisuihin, niin niiden tekemisen vaikeus yhdisti heitä.

Potilaat jakoivat vertaiskokemuksenaan myös sairauden puhkeamista. Psykoosi kokemuksena sen ääniharhat ja merkityselämykset olivat outoja ja pelottava. Useimmilla se oli myös jäänyt pysyväisoireita ja psykoosisairaus oli muuttanut elämäntulkua ja pakottanut luopumaan tulevaisuudensuunnitelmista. Silti nyt kun potilaitten vointi oli vakiintuneempaa, heillä oli hoitokontakti, niin he saattoivat myös nähdä myönteisiä puolia elämässään ja välittää toivoa ja tietoa siitä, että psykoosisairauden kanssa voi elää, vaikka se ei ollut merkinnyt täydellistä toipumista. Vanhemmat puhuivat siis enemmän koko perheen vuorovaikutuksesta ja suhteista, kun taas potilaat omasta sairauskokemuksestaan.

Se mikä vaikutus ryhmällä oli perheen vuorovaikutukselle ja suhteille jäi silti epäselväksi. Sen pitempiaikaisia vaikutuksia ei voinut päätellä vielä ryhmän aikana. Vertaistuelliset keskustelut käytiin vertaisryhmissä ei yhteisissä keskusteluissa. Ei ollut kyse siitä, että niillä ei olisi ollut oma merkityksensä, mutta ryhmän tarkoituksen kannalta ne olivat, jos ei toissijaisia niin vertaistuellisesti vähemmän merkittäviä.

7.5. Ryhmähaastattelun tulokset

Ryhmähaastattelun luokkien jaottelussa pohjana käytettiin kirjan Tutkimuksellinen kehittämis-toiminta projektin suunnittelun ja toteutuksen vaiheita eli perustelu, organisointi, toteutus arvio ja jatkosuunnittelu. Tulosten levittäminen oli viimeinen termi kirjassa, mutta jatkosuunnittelu on tässä luontevampi. Teksti jaettiin näitä vaiheita kuvaaviin osiin ja sen jälkeen lausumat luokiteltiin niihin ylä- ja alaluokkiin kuin yksilöhaastatteluiden analyysissä. (Toikko & Rantanen 2009, 57-63)

Lausumat, jotka kuvasivat tiimin toimintaa ja yhteistyötä luokiteltiin itseohjautuvan tiimin kehittymisen avaintekijöiden mukaan. Tiimi tarvitsee sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin ja luottamuksen rakentamista hyvän ja arvostavana vuorovaikutuksen avulla. Tiimin työn tarkoitus tulisi olla yhteinen ja tiedossa ja jokainen näkee oman osuutensa ja osallisuutensa tiimin toiminnassa. Kommunikaatio on niin tiimin sisäistä kuin sellaista, että muu organisaatio tietää tiimin tavoitteet ja päämäärät. Tiimi ymmärtää myös prosessin merkityksen ja kykenee kehittämään sitä. (Heikkilä & Heikkilä 109-110)

Tuloksissa on huomattava, että kun esimerkiksi käytetään ilmaisua ”keskusteltiin ryhmän tarkoituksesta”, niin tässä tapauksessa se viittaa työn tarkoitukseen itseohjautuvan tiimin avaintekijöiden käsitteenä. Ei siis sitä, että työntekijät eivät nähneet työlleen mitään tarkoitusta keskustellessaan siitä.

Tulokset esitetään työn kehittämisen vaiheiden mukaan. Kerrotaan mitä seikat painottuivat projektin eri vaiheissa ja miten tiimin itseohjautuvuutta kuvattiin. Jos tulokset ovat samankaltaisia kuin yksilöhaastattelussa, niin silloin niihin vain viitataan. Näin toimitaan toiston välttämiseksi ei siksi että niillä ei olisi merkitystä. Samankaltaiset tulokset eri haastatteluissa lisäävät niiden luotettavuutta. Jos ryhmäkeskustelussa nousee uusia tai aiempia tähdentäviä näkemyksiä, ne kuvataan tarkemmin

7.6 Psykoosipoliklinikan työntekijän kokemus ryhmän toteutuksesta

7.6.1 Projektin toteuttamisen perustelut

Koulutustilaisuus ja muiden kokemukset olivat molemmat olleet innostavia ja motivoimassa lähtemään ryhmänohjaajiksi. Ideaa tuettiin organisaation taholta jo koulutustilaisuudesta lähtien. Moniperheryhmä oli erilainen ja perheiden vertaistuen mahdollistava toimintatapa. Perhekeskeisessä työssä oli nähty liiallisen potilaskeskeisyyden pulmat. Tiedon tulisi integroitua koko perheelle, jotta siitä on eniten hyötyä. Jos ongelmat koskettavat koko perhettä, niin myös

ratkaisuja tulisi hakea perheen kanssa yhdessä. Itseohjautuvan tiimin toiminnan avaintekijänä oli ohjaajien sitoutuminen, koska he näkivät moniperhetyön mielekkääksi ja innostavaksi.

7.6.2. Projektin organisointi

Ryhmähaastattelussa puhuttiin koulutuksen ja muitten kokemusten merkityksestä samoin kuin yksilöhaasteluissa. Apulaisylilääkärin suunnitteluun osallistuminen oli selkeä positiivinen signaali. Hankkeella oli organisaation tuki ja saattoi luottaa, että hän vie tietoa siitä eteenpäin. Sitä kuvattiin helpottavana, tärkeänä ja epävarmuutta vähentävänä. Toisaalta oli näkemyksiä, että samalla menttiin myös organisaation taluttamana eteenpäin. Tässä viitattiin ryhmän perinteeseen psykoedukatiiviseen toteuttamistapaan. Tapaamisia oli riittävästi suunnitteluvaiheessa, vaikka aikataulujen yhteen sovittelu oli vaativaa. Suunnittelutiimin pohtimien ryhmävaihtoehtojen joukosta kohderyhmä vanhemmat ja aikuinen lapsi tuntui luontevalta ja siihen saatiin tiimeiltä myös eniten ja nopeimmin ehdokkaita. Poliklinikoitten välillä oli vaihtelua, kävivätkö ohjaajat esittelemässä ryhmää etukäteen perheille. Perheiden osallistumisesta oli sovittu jo ennen kesää yhtä viimehetken peruutusta lukuun ottamatta.

Kysymys ryhmiin jakaantumisesta oli aihe, jota puitiin suunnitteluvaiheessa ja päätös kallistui kuitenkin vertaisryhmiin lukuun ottamatta alustusta vuorovaikutuksesta. Ryhmähaastattelussa kävi selville, että ryhmänohjaajat olivat punninneet mielessään jo organisointivaiheessa, tuleeko ryhmästä liian perinteinen, luentotyyppinen ja psykoedukaation painottuva. Ohjaajat kertoivat myös miettineensä, tuleeko ryhmän teemoista liian tuttuja ja turvallisia? Olisiko pitänyt myös kertoa millaisia erilaisia auttamiskeinoja hoidossa voi olla? Teemoina olisi myös voinut olla perheen arki ja millaista hoitoa perheet toivoisivat. Huolta oli, toimiiko vertaistuki vai voiko se aiheuttaa ristiriitoja perheessä.

Itseohjautuva tiimi tarvitsee jäsentensä keskinäistä luottamusta ja tiimin tapa organisoida ja suunnitella tuki sitä. Ryhmä sai lopullisen muotonsa yhteisten keskusteluitten pohjalta. Niissä esitettiin eriäviä mielipiteitä ja niille oli myös tilaa. Lopputulos oli sellainen, johon kaikki saattoivat sitoutua. Hyvä kommunikaatio on tärkeää niin tiimin sisäisesti, kuin muiden toimijoiden ja yhteistyökumppanien kanssa. Suunnittelussa siihen käytettiin riittävästi aikaa tiimin kesken. Oli luonnollisesti tärkeää myös kommunikoida poliklinikoiden tiimien kanssa. Ryhmästä kerrottiin ja informaation tueksi oli esittelylehtinen ja mahdollisuus siihen, että ohjaajat voivat tulla kertomaan perheille ryhmästä vielä tarkemmin ennen sen alkamista, mutta kaikkine vaiheineen se vaati aikaa. Itseohjautuva tiimin tulee hahmottaa työn prosessia laajemminkin. Se olikin loppujen lopuksi perusteena miksi ryhmän struktuurista tuli selkeä ja ”perinteinen”, vaikka organisointivaiheessa oli esillä monia vaihtoehtoja. Oli kyse pilotoinnista ja silloin ohjaajien

omalla mukavuusalueella oleminen oli tärkeää. Se mahdollisti kokemusten saamisen jatkokehityksen tueksi. Jos ryhmä oli uusi perheille, niin sitä se oli myös ohjaajille. Liika epävarmuus ei olisi palvellut pilotoinnissa ryhmän turvallisuutta ja sen toimintaa.

7.6.3. Projektin toteuttaminen

Ryhmän jäsenistä ja sen ryhmäytymisestä ja työntekijöiden roolista keskustelu oli samankaltaista kuin yksilöhaastatteluiden tuloksissa. Sen lisäksi ohjaajat keskustelivat miten jopa istumajärjestykseen ja oman istumapaikkaansa huomion kiinnittämällä, olisi voinut vaikuttaa omaan rooliinsa ryhmässä ja sen ryhmäytymiseen. Luentomaisessa tilanteessa perheiden jäsenet istuivat keskenään, luennoitsija oli edessä ja ohjaajat eturivissä. Se alkoi tuntua jopa kiusalliselta ryhmän aikana. Pienryhmässä sen sijaan ohjaajat kiinnittivät erityistä huomiota siihen, että he olisivat osa ryhmää istuen muitten joukossa eikä pareittain. Tapaamisten aikatauluongelmista ja sen vaikutuksesta vertaisryhmien keskusteluaikaan puhuttiin kuten yksilöhaastatteluissa. Vertaistuessa nähtiin yhteisten keskusteluiden vertaistuen vähäisyys pienryhmiin verrattuna ja puhuttiin vanhempien suuresta vertaistuen tarpeesta.

Toteutuksessa ryhmänohjaajien prosessin kannalta oli alussa hämmentävää kuinka erilaisia potilasryhmän ja omaisten ryhmän ohjaajien kokemukset olivat. Erilaiset kokemukset vaikuttivat myös kysymykseen ryhmän tarkoituksesta. Yleisesti ottaenkin etukäteen sovitut keskustelut projektin tavoitteista ja toteutumisesta jo ryhmän aikana olisivat voineet olla tarpeellisia. Niitä oli kuitenkin vain yksi. Se olisi sekä tukenut tiimin väistä kommunikaatiota kuin sen prosessia. Toisaalta ohjaajat neuvottelivat ratkaisuihin jokaisella ryhmäkerralla ilman että se oli etukäteen organisoitua tai sovittua

7.6.5. Projektin arvio

Suunnittelun ja toetukseen liittyen arvioitiin myös, onko erikoissairaanhoito paras mahdollinen paikka järjestää moniperheriä. Se liittyi kysymykseen, kuinka paljon ryhmän suunnittelu lähtee hoitotahon omista tarpeista ja kuinka paljon selvitetään mikä perheiden tarpeet ovat. Kun palautetta kerätään seuraavalla kerralla niin kokemusiin vertaistuen määrästä ja laadusta olisi kiinnitettävä huomiota.

Ryhmän kokoamisessa keskusteltiin sen prosessista. Kuinka työntekijälähtöistä se oli ja miten olisi voitu informoida potilaita ja perheitä niin, että ryhmään oltaisiin ilmoitauduttu omaaloitteisimmin? Käytettiin ilmaisua kontrolloitu ryhmän kokoaminen. Se saattoi vaikuttaa potilaitten ryhmän alussa ilmoittamaan motivaatioon olla ryhmässä siksi, että vanhemmat

tarvitsivat sitä enemmän kuin he. Ryhmytykö potilasryhmä lainkaan oli epäselvää, mutta siitä huolimatta sen keskusteluissa oli ollut vertaistukea. Palattiin vanhempien ryhmän ja potilasryhmän erilaiseen tunnelmaan ja ryhmäytymiseen. Sitä ei kuitenkaan pidetty arvioissa enää niin yllättävänä. Se selittyi ryhmäkertojen vähäisellä määrällä eivätkä potilaat tunteneet en-tuudesta toisiaan. Potilaat olisivat tarvinneet enemmän aikaa keskinäisen luottamuksen ke-hittymiselle. Ohjaajien odottavatkin arviot ryhmästä muuttuivat positiivisemmiksi ja kokemus oli ollut opettava. Työntekijän rooli nähtiin turvallisuuden takaajana. Aiempi kokemus ryhmien ohjaamisesta nähtiin tärkeänä, mitä vaativammaksi ja vertaistuellisemmaksi ryhmää suunnitel-laan.

Tapaamisten ohjelmassa viitattiin yksilöhaasteluissa kuvattuihin aikatauluongelmiin ja pidettiin tärkeänä, että aikatauluista kannattaa pitää kiinni. Toisaalta oli hyvä, että oli kokemusta sekä yhteisistä että vertaisryhmien keskusteluista. Alustus ei vain johdattanut aiheeseen vaan myös sulki pois keskustelunaiheita eikä luentomaisuus tukenut aina vertaisryhmien keskustelua. Olisi ollut parempi, jos alustus olisi esitetty ilman power point esityksiä ja tiedon olisi voinut jakaa erikseen printattuna tapaamisten yhteydessä tai niiden jälkeen. Alustuksissa olisi toiminut kes-kusteleva ja ”jutusteleva” ote ja se olisi teemoittanut aihetta ja sen ei olisi tarvinnut olla niin tiedollisesti kattava.

Arvioitiin että ryhmä oli tarjonnut vertaistukea niin vanhemmille kuin potilaille ja moniperhe-ryhmän konteksti tuki sitä. Poliklinikan tehtävän on tarjota tila aika ja tilaisuus vertaistuelle ja miettiä miten ryhmän organisointi tukee sitä. Vertaisryhmiä puolsi myös se, että potilaat jäivät varjoon yhteisissä keskusteluissa. Heille ei ollut riittävästi tilaa, vaikka heidän sairautensa oli tavalla tai toisella yhteiskeskusteluiden aiheena. Perheiden välistä vertaistukea ei näissä kes-kusteluissa ollut siihen nähden riittävästi. Perhekeskeisen työn näkökulmasta keskusteliin omaisten kriisin huomioimisesta, tilan ja ajan antamisesta perheen kokemuksille ja että moni-perheryhmän konteksti antaa mahdollisuutta sellaiseen tukeen, mikä muussa hoidossa ei ole samalla lailla mahdollista.

Ryhmähaastattelu lisäsi tiimin luottamusta, siinä puhuttiin avoimesti ja havaittiin kokemusten tukevan toisiaan. Ensimmäisen ryhmäkerran jälkeen tiimin työn tarkoituksesta heräsi kysymyk-siä omaisten ja potilaitten ja samalla ohjaajien erilaisten kokemusten vuoksi. Ohjaajat puhuivat tästä välittömästi ryhmän jälkeen, mikä lisäsi keskinäistä luottamusta ja kokemus ei jäänyt vaivaamaan tai haittaamaan yhteistyötä. Oli hyvä asia, että oli tilaa ilmaista avoimesti koke-muksen erilaisuus. Tutkimushaastattelut koettiin tukeneen ohjaajia prosessin reflektiivisessä arvioinnissa.

7.7 Miten psykoosipoliklinikan työntekijä kehittäisi moniperheryhmää tulevaisuudessa

Ennakkotietoa ei välttämättä ollut riittävästi ja nyt nähtiin ajankohtaisesti selvittää, mitä eri toimintatapoja moniperheryhmillä on. Organisaaton kannalta tulee muistaa, että vaikka vaihtoehtoja on paljon, niin kaikkea ei voi toteuttaa kerralla. Moniperheryhmät oli jo nostettu omaksi erilliseksi tavoitteekseen psykoosin hoito-organisaation strategiassa vuodelle 2015. Siksi oli tärkeää tiedottaa kokemuksista ja varmistaa, että jatkosuunnittelulle on tukea. Ohjaajien kokemusten välittämisen arvo tuli nähdä ja antaa tilaa eri tavoille tehdä moniperhetyötä. Kehittämisehdotukset perustuivat arvovalinnoille vertaistuen ja perheen kokemusasiantuntijuuden tukemiseksi.

Seuraavasta ryhmästä oli erilaisia ehdotuksia kuten jo yksilö haastatteluissa, mutta tärkeintä oli tehdä jotain erilaista ja olla avoin vaihtoehtoille. Ryhmän kokoa haluttiin pienentää, sillä 21 jäsentä oli ollut liian suuri määrä. Haluttiin korostaa vertaistukea ja keskustelumahdollisuutta ja jopa esitettiin ajatus, että alustusta ei olisi. Joka tapauksessa alustukseksi riittäisi 20 minuuttia ilman power point esitystä. Silloin alustajatkin joutuisivat tarkemmin miettimään omaa osuuttaan ja se muuttaisi koko asetelmaa luontevammaksi. Tiedon jakamisessa pitäisi panostaa yhteistyöhön perheiden kanssa kysymällä heiltä etukäteen toivomuksia aiheista. Tämä tullut esiin tuloksissa jo useassa yhteydessä, mutta tässä sen voi tulkita kehittämis ehdotukseksi eikä vain toiveeksi. Ohjenuoraksi jatkosuunnittelussa tulisi ottaa dialogisuuden vaalimisen ja perheen omien voimavarojen korostaminen, koska moniperheryhmän ydinidea perustuu samoihin periaatteisiin. Mitä vaativampi ryhmän toteutus olisi sitä enemmän tulisi kiinnittää huomiota ohjaajien kokemukseen. Toisaalta ajateltiin, että ohjaajiksi kyllä valikoituvat ne, jotka olivat kiinnostuneita ja halukkaita ja muu ei olisikaan mielekäästä.

Tulevissa ryhmissä voisi tulla puhua osallistujien kanssa niistä ilmiöitä mitä ryhmässä voi esiintyä. Mitä mielikuvia esimerkiksi pariskuntien ryhmässä voi herätä, jos jakaannutaan vertaisryhmiin? Emotionaalisen hallinnan tunteen tukemiseksi ryhmässä tulisi olla mahdollista kertoa, jos aihe tai keskustelu tuntuu liian raskaalta tai herättää vaikeita tunteita. Silloin ei ole kyse keskustelun kieltämisestä vaan turvan antamisesta ja luvasta edetä siinä tahdissa kuin se on mahdollista. Mitä vaativampi ja kunnanhimoisemmin suunniteltu ryhmä sitä enemmän sen turvallisuuden ja avoimuuteen tulee kiinnittää huomiota ja sitä enemmän se vaatii ohjaajilta ammattitaitoa.

Jatkosuunnittelun aluksi tulee määritellä, mikä on ryhmän tarkoitus ja tavoite. Sen tulisi olla perusta, mille kehittämis ehdotukset rakennetaan ja niitä sovelletaan. Keskusteluun tulee ottaa mukaan myös poliklinikoiden tiimit ja niiden jäsenten tarpeet moniperhetyöhön liittyen. Vasta tämän jälkeen kannattaa tehdä lopulliset valinnat ja varmistaa, että ne palvelevat niin perhekeskeistä työtä kuin tiimejä.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyössä tulee noudattaa oppilaitosten omia ohjeita ja tutkimuksen tekemiseen liittyviä yleisiä periaatteita. Työn tulee olla huolellisesti tehty, sen kaikilla osa-alueilla taustateorioiden, tutkimus- ja analyysimenetelmän valinnassa kuin tulosten esittelyssä. Tiedon hankinta tulee täyttää eettiset kriteerit, viitteitä tulee käyttää asiallisesti ja asiayhteyksissään ja työllä tulee olla tutkimuslupa siinä organisaatiossa, jossa se tehdään. Hyvälle tutkimukselliselle toiminnalle määriteltyjen periaatteiden loukkaaminen, voi olla joko tietoista piittaamattomuutta tai tahatonta huolimattomuutta. Saatujen tulosten tulee perustua tutkimusaineistoon, eikä tuloksia saa tarkoituksellisesti muokata muotoon, joka tukee opinnäytetyöntekijän omia ennakko-olettamuksia enemmän kuin aineiston todellista sisältöä. Toisaalta tuloksista ei tulisi myöskään jättää pois mitään aineisossa olevaa tulosten kannalta oleellista tietoa. Tuloksia ei tule plagioida muista tieteellisistä julkaisuista, eikä muiden esittämää tutkimusideaa tule esittää omanaan. Huolellisen raportoinnin ohella tutkimusaineisto pitää säilyttää huolellisesti. Samalla aineiston pitää olla tarkistettavissa, jos halutaan tutkia tulosten ja johtopäätösten pätevyyttä suhteessa aineistoon. (TENK 2012, 6-9)

Kaikessa eettisessä toiminnassa pyritään tekemään hyvää ja vältetään aiheuttamasta vahinkoa. Haastatteluaineistoa kerätessä on tärkeää varmistaa haastattelujen luottamus tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustapaan. Haastattelulupaa antaessaan haasteltavat ymmärtävät, mihin ovat osallistumassa ja tekevät sen vapaaehtoisesti. Tulee kunnioittaa haastattelujen autonomiaa eli oikeutta sekä osallistua tutkimusprosessiin, kuin myös halutessaan vetäytyä siitä. Jos työn tekijä on kaksoisroolissa eli hankkii tutkimusaineistoaan omalla työpaikallaan, tulee siihen kiinnittää erityistä huomiota. Opinnäytetyön tekijän tulee asettautua tutkivaan positioon oman työroolinsa ja asemansa sijaan. Tiedonkeruuprosessin tarkoituksena on kuvata ilmiötä haastatteltujen havaintojen, kokemusten ja näkemysten kautta. Silloin tulee keskittyä kuuntelemiseen ja välttää keskustelun ohjailemista liikaa omien ennakko-olettamusten perusteella. Siitä huolimatta työn tekijän omat subjektiiviset tulkinnat voivat vaikuttaa työhön, niin aineiston keräämisvaiheessa kuin tuloksia analysoitaessa. Tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetistä tulee huolehtia ja pienissä työyhteisöissä tunnistettavuus on seikka, johon tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Orb, Eisenhauer & Wynaden 2001, 93-95)

Laadullisen tutkimuksen eettisyys on myös osa sen luotettavuutta. Jo tutkimusaiheen valinta voi olla eettinen ratkaisu. Jos esimerkiksi halutaan tutkia psykoosipotilaitten hoitokielteisyyttä, niin aiheen määrittelyä voi pitää eettisesti kyseenalaisena. Silloin jo tutkimusasetelmaan sisältyy hypoteesi tai siitä voi saada sen vaikutelman, että hoidon ongelmana on potilaitten kielteinen suhtautuminen hoitoon. Aihe on eettiseltä kannalta määritelty huomattavasti paremmin,

jos se esimerkiksi olisi psykoosipotilaitten kokemukset hoidosta sen kehittämisen näkökulmasta. Hyvä eettinen tutkiminen heijastaa aina oman alansa arvoja ja ihmiskäsitystä ja toiminnan tavoitteita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128-130)

Tässä työssä pyritty huolellisuuteen ja siihen, että taustateoria ja analyysimenetelmät ovat keskenään tasapainossa. Laadullisen tutkimuksen periaatteet ja analyysimenetelmät ovat kuitenkin teoreettisesti vaativia ja niiden sisäistäminen on aina tutkimuksen teossa yksi sen haasteista ja työn sekä eettisistä että laadullisista arviointikriteereistä. Omassa työyhteisössä haastatteluaineiston kerääminen on eettisesti haastavaa. Kaksoisrooli opinnäytteen tekijänä ja työntekijänä samassa yksikössä oli seikka, jonka määrittelemisen kiteytyi ja selkeytyi koko prosessin ajan ryhmän suunnitteluvaiheesta opinnäytetyön valmistumiseen saakka, muuttuen koko ajan tutkimuksellisemmaksi. Työn tutkimusaineisto perustui vain haastatteluihin ja niiden antamaan tietoon. Työn tekijä ei osallistunut keskusteluihin ryhmän toiminnasta ennen loppuhaastattelua. Siksi myös haastattelumenetelmäksi valikoitui dialoginen haastattelu joka korostaa haasteltavan kertomusta ja jossa haastelijan perustaan tiedonhankinansa keskusteluissa nouseviin lausumiin ja teemoihin pyrkii olla avoimiin ja reflektiivisiin kysymyksiin. Haasteltujen anonymiteetistä huolehtiminen oli mainittu jo haastatteluluvassa, jossa todettiin, että lausumia ei tulla käyttämään niin, että ne olisivat tunnistettavissa. Myös tutkimusluvassa edellytettiin, että poliklinikoita, joilla moniperheryhmä toteutettiin ei nimetä. Koska haastelussa kuvattiin oman työyhteisön toimintaa, niin lupa suojasi myös kriittisten näkemysten henkilöitymistä. Toisaalta tutkimuksellisen kehittämisessä myös kritiikki on oleellista kehityksellistä tietoa. Ensisijaisesti ei ollut kuitenkaan siitä, että olisi suojeltu haasteltavia tässä mielessä. Ohjaajien kokemukset ja tutkimushaastattelut pohjustivat moniperheryhmien jatkosuunnittelua. Ohjaajat toivat samoja näkemyksiään esiin tiimeissä, kun jatkosuunnitelmista keskusteltiin. Tulosten esittämistapa ilman suoria sitaatteja oli silti myös tietoinen eettinen valinta. Vaikka sitaattien puuttuminen vähentää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta niin samalla varmistettiin, että tulokset ja johtopäätökset eivät henkilöityisi yksittäisten henkilöitten mielipiteiksi, vaan aineistosta saadaan kokonaiskuva kaikista kokemuksesta moniperheryhmästä.

8.2. Tutkimuksen luotettavuus

Laadullista tutkimusta voidaan arvioida sen diskurssin, heuristisen arvon, johdonmukaisuuden, käytännöllisyyden ja empiirisyyden mukaan. Voidaan tarkastella, miten työssä käytetään tutkittavan aiheeseen liittyvää käsitteistöä ja kuinka monipuolisesti ja eri näkökulmista sitä on tehty. Tulosten heuristisia arvoja kuvaa, miten työssä on luotu uutta tietoa ja mahdollisesti uusia käsitteitä ja uutta teoriaa. Työn tulee olla sisällöllisesti johdonmukainen. Sen lisäksi tulosten tulee olla empiirinsä, hyödyllisiä ja sovellettavissa sekä sopusoinnussa tutkittuun ilmiöön, eikä niiden tule vääristellä tutkittua todellisuutta. Tulkinta on osa työn laatua, kuin myös

tulkinnan epäonnistuessaan sen validiteettia vähentävä tekijä. Tästäkin syytä on työssä pyritävä kuvaamaan tehdyt valinnat ja työn prosessi mahdollisimman hyvin. Jos työssä on onnistuttu tulkitsemana aineistoa tavalla, joka syventää ymmärrystä siitä kuvaavasta ilmiöstä ja se on ollut mahdollista nimenomaan tutkimuksellisen otteen vuoksi, niin se lisää työn validiteettia. Jos haastatellut eivät tunnista tulkintoja lainkaan, niin se asettaa niiden laadun kyseenalaiseksi. Samalla kuitenkin se ei tarkoita, että pitäisi pyrkiä täydelliseen yksimielisyyteenkään. Saatua tietoa, työn tulokset ja tulkinnat ovat aina oma tiedollinen konstruktionsa. Laadullisessa tutkimuksessa siis tunnustaan, että tieto on aina tulkinnallista ja jostakin näkökulmasta luotua. (Szkłarski, 2002, 12-14)

Tutkimushaastattelun toteutuksen arviointi, kuvaa myös työn luotettavuutta. Haastatteluissa ei voi lähteä ajatuksesta, että kaikki kysymykset olisivat etukäteen. Haastattelutilanteen tulee olla rauhallinen, aikaa on oltava riittävästi ja on varmistettava, että tallennusvälineet toimivat. Haasteluiden lopussa on tärkeää varmistaa, jos haastatelluilla jotain lisättävää käytyyn keskusteluun. Haastattelupäiväkirjan pito tukee haastatteluiden tasalaatuisuutta ja auttaa tarkentamaan mahdollisissa jatkohaasteluissa kysymyksiä. ja haastattelun teemoitusta, Haastatteluaineiston litterointi auttaa paneutumaan haastatteluiden sisältöön ja se tulisi mieluummin tehdä mahdollisimman pian jokaisen haastattelun jälkeen. Haasteluiden luotettavuutta arvioidessa on pidettävä mielessä niiden tilannesidonnaisuus. Ei voi olettaa eikä vaatia, että samojen henkilöiden haastattelu olisi keskenään identtisiä, jos ne tehdään uudelleen eri tilanteessa ja ajan-kohtana. (Hirsijärvi & Hurme, 2010, 184-185)

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan kannalta luottavuuden pulmana on, että tukittavien sosiaalisten prosessien toistettavuutta ei voi taata. Toimijoiden sitoutuneisuus vaikuttaa saatujen tulosten luotettavuuden arvioon. Silloin tarkastellaan voiko tuloksia soveltaa ja toistaa jossain muussa vastaavanlaisessa työyksikössä, vai ovatko tulokset voimakkaasti ankkuroituneet niiden yksiköiden työkuulttuuriin, jossa aineistoa oli kerätty. Vain hyvin selkeät ja yksinkertaiset toimintamallit ovat suoraan siirrettävissä yksiköstä ja organisaatioista toiseen, Silloin on kuitenkin kyse myös siitä tavasta, miten tietoa levitetään. Sen ei myöskään tarvitse vain olla opinnäytetään tekijän vastuulla, kunhan työn toteutus ja konteksti ovat riittävän läpinäkyvä, mikä mahdollistaa muiden yksiköiden arvion tulosten käyttökelpoisuudesta. (Toikko & Rantanen, 2009, 121-126)

Työn taustateoriat tutkimussuunnitelmavaiheessa painottuivat taustatietoon moniperheryhmistä ja psykoosin perhekeskeisen hoidon periaatteisiin. Työn kehittämisen näkökulma oli niukempi ja vertaistukea tarkasteltiin vain psykoosien moniperhetyötä käsittelevistä lähteistä eikä laajemmin vertaistukityötä kolmannella sektorilla. Vertaistuen eri muotojen tutkiminen ja esittely lopullisessa teorialaisuudessa, vahvisti moniperhetyön näkökulmaa ja asetti sen laajempaan asiayhteyteen.

Työn kehittämisen teoria integroitui työhön vasta sen analyysivaiheessa. Suunnittelun alussa tieto oli hyvin ohutta puhumattakaan siitä, kuinka sitä tulisi soveltaa itseohjautuvan tiimin toimintaan. Pulmana oli, että se toisaalta vaikutti hyvin monimutkaiselta sovellettavaksi tähän opinnäytetyöhön, samalla kuin jotkut seikat tuntuivat itsestäänselvyyksiltä. Kuitenkin jo alkuperäiseen tutkimussuunnitelmaan sisällytetty dialoginen näkökulma läpäisee myös työn kehittämisen teoreettisen viitekehyksen ja dialogisuus heijasti ohjaajien kokemuksia, toimintaansa ja ajatteluaan.

Opinnäytetyössä on tietoisesti haluttu avata erilaisia valintoja niin haastattelumenetelmän valinnassa kuin aineiston analyysissä. Sen tarkoituksena on ollut lisätä opinnäytetyön luotettavuutta. Osa näistä valinnoista kertautuvat vielä työ eettisyyden ja luotettavuuden pohdinnassa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan alkuhaastattelut oli tarkoitus pitää ennen ryhmän alkua, mutta suunnitelma valmistui niin myöhään, että tutkimuslupa saatiin vasta ensimmäisen tapaamisen jälkeen. Ensioletus oli, että se heikentää luotettavuutta, mutta tulosten perusteella se saattoi jopa lisätä sitä. Kun ohjaajilla oli sekä ennakkokäsityksiä, että kokemus yhdestä ryhmäkerrasta niin alku- ja loppu haastatteluista vertailtaessa oli helpompi nähdä käsitysten muuttuminen, mutta myös ne käsitykset jotka olivat pysyneet suunnilleen samana. Tämä auttoi fokuksimaan käsitysten muutokseen, mikä työn kehittämisen kannalta on tärkeää tietoa. Uudelleen arviointi tai kokemuksen tuoma lisäymmärrys on perusta, jonka pohjalta jatkosuunnittelua voidaan rakentaa. Toisaalta käsitysten muuttumattomuus voi kertoa siitä, mikä oli jo toimivaa ryhmän alusta lähtien. Muutokset olivat paljon konkreettisempia ja paremmin verrattavissa nyt kuin jos alkuhaastattelut olisivat perustuneet pelkästään työntekijöiden ennako-oletuksia ja toiveisiin. Sen palautteen perusteella mitä he antoivat tutkimushaasteluista ryhmähaastattelussa voi olettaa, että alkuhaastattelut auttoivat osaltaan reflektoimaan ryhmän toimintaa.

Toisaalta työn kehittämisen prosessin tueksi ja työn laadun parantamiseksi ei opinnäytetyössä kiinnitetty tarpeeksi huomiota prosessin dokumentaatioon ja ennakkotiedon hankintaan. Haastattelupäiväkirjaa ei pidetty, koska haastattelut ajateltiin omiksi kokonaisuuksikseen ja eikä siten edes haluttu tehdä niistä liikaa samantapaisia. Toisaalta tulosten analyysissä on jo edellä kuvattu, kuinka kaavaaminen jakaminen teemoittain ei ollut sopusoinnussa sen enempää haastattelutavan kuin haastatteluiden todellisuuden kanssa. Jos dialogisen haastattelun periaatteita olisi seurattu johdonmukaisesti, niin myös lähtöasetelman olisi voinut määritellä toisin. Moniperheryhmän ja vertaistuen erottaminen omiksi teemoikseen oli keinotekoisia ja dialogisempi tutkimuskysymys ja tehtävä olisi voinut olla ”Työntekijöiden kokemukset moniperheryhmästä ja sen vertaistuesta”. Käytetyt tutkimus kysymykset olivat kuitenkin muodoltaan avoimia ja toimivat vain keskustelun avauksena. Ryhmähaastaluissa jako kokemukseen ja muutosehdo-
tuksiin oli luontevampaa, ja sovellettavissa työn kehittämisen prosessin vaiheisiin.

Edellä on jo kuvattu niitä perusteita miksi tuloksissa ei ole käytetty suoria haastattelusitaatteja. Se vaikutti myös sisällön analyysiin, jossa luokittelussa kuitenkin lausumat muuttuivat yhä ”persoonattommiksi”. Ei ollut merkitystä, kuka ne oli sanonut, vaan kuinka ne täydensivät toisiaan. Tämä liittyy myös kysymykseen työn tekijän roolista. Kaikkia haasteltavat joko olivat töissä samalla poliklinikalla tai he olivat olleet aiemmin samassa työyksikössä tämän työn tekijän kanssa. Myös analyysissa oli keskityttävä sisältöön eikä henkilöön. Oli kuitenkin havaittavissa, että kun haastellut esittivät yksilöhaasteluissa toisistaan eroavia mielipiteitä, niin tuloksissa eri näkemykset saattoivat liudentua. Miten toisaalta oltiin yhtä mieltä, mutta miten toisaalta oli olemassa toinen näkökohta. Silloin voi kysyä kuinka työn tekijän ennako-olettamukset ovat vaikuttaneet tuloksen esittämiseen. Kuinka neutraalisti tulokset on tässä mielessä esitetty ja ovatko ne voineet myös vesittyä. Tuloksista ei ole tietoisesti jätetty pois mitään oleellista, mutta toisaalta analysoinnissa, tulosten esittämisessä ja lopullisessa tiivistämisessä opinnäytetyön tekijä joutuu tekemään valintoja. Niiden tarkoituksenmukaisuutta voi aina kyseenalaistaa. Oleellista on kuitenkin, että tulokset ovat palautettavissa alkuperäiseen aineistoon ja valintoja ei oltu tehty tietoisesti tulosten vääristelemiseksi.

8.3. Johtopäätökset ja tutkimusehdotukset

Opinnäytetyön lähtökohtana oli siis kahden psykoosipoliklinikan yhteistyönä toteutettu moniperheryhmä. Opinnäytetyö kuvaa sen suunnittelua ja toteutusta sekä ryhmänohjaajien kokemuksia ja näkemyksiä. Se kuvaa arkista työtä ja sen arkisia kokemuksia. Tästä opinnäytetyö lähti ensin laajenemaan moniperheryhmän teoriaan ja käytäntöihin. Se oli työn aiheen valinnassa sen tärkein motivaatiotekijä. Voi sanoa, että kirjallisuuden tutkiminen oli innostavaa ja uutta tietoa antavaa. Työkokemus perhekeskeisestä työstä ja liittyneestä koulutuksesta huolimatta tämä oli uutta ammatillista tietoa. Se ei ollut ristiriidassa aiemmin opitun ja aiemman työkokemuksen kanssa, mutta se täydensi sitä erinomaisella tavalla.

Tästä teoreettinen tarkastelu eteni psykoosien perhekeskeiseen ja psykososiaaliseen hoitoon. Tämä Psykoosin hoidossa ole myös muita tärkeitä elementtejä. Psykoosin hoidossa lääkehoito on avainasemassa, koska se mahdollistaa muitten hoitomuotojen käyttämisen. Psykoosipotilas tarvitsee sosiaalista kuntoutusta sekä toiminnallista ja kognitiivis behavioraalisia menetelmiä. Ettei niitä tässä työssä kuvata perusteellisesti ei pidä johtaa olettamukseen, etteikä niiden merkitystä ymmärretä tai niitä pyritäisiin kyseenalaistamaan. Perhekeskeinen työ vain käsittelee sitä tapaa, miten tieto on jaettavissa psykoosipotilaille ja heidän perheilleen. Sen ei tarvitse sinällään ottaa kantaa, mitä tieto on olennaista vaan siihen, miten se välittyy ja sisäistyy ja tukee psykoosin hoitoa. Toisaalta myös Psykoedukatiivisessa työssä korostetaan vuorovaikutusta, että tiedolla on merkitystä ja se sisäistetään. Ryhmän kokemukset ja tulokset kertoivat siitä tavasta jakaa tietoa, mikä olisi hyödyllisintä moniperheryhmissä.

Teoriaosuudessa olisi voinut myös käsitellä syvällisemmin traumojen merkitystä. Tiedetään että postraumaattisen stressireaktion, traumaattisten elämäntapahtumien ja vakavien mielenterveyden häiriöiden välillä on tilastollinen yhteys. Huomattavalla osalla potilaista oli tällaisia kokemuksia ja selvästi enemmän kuin niin sanotussa normaaliväestössä. Toisaalta se osuus joilla kokemuksia on havaittu, vaihtelee paljon eri tutkimusten kesken. Kyse on kuitenkin tilastollisesta yhteydestä, joten yksittäisen potilaan ja perheen kohdalla ei tätä yhteyttä voi suoraan päätellä potilaan. Ei myöskään tiedetä mikä on se mekanismi, minkä kautta tämä yhteys syntyy. Esimerkiksi ei ole vastausta siihen, miksi saman trauman kokeneet eivät sairastu yhtä vakavasti tai miksi yksi sairastuu ja toinen ei. Samoin ei osata sanoa onko hyvin hoidettu traumahoito ennaltaehkäisevää esimerkiksi skitsofrenian puhkeamiseen liittyen. Pitää siis jäädä odottamaan mitä tuloksia tulevaisuudessa saadaan. Siitä huolimatta niin potilaitten kuin kaikkien perheenjäsen traumaattiset kokemukset vaikuttavat psykoosin hoitoon niin yksitasolla kuin perhekesikesissä hoidossa. (Grubaugh, Zinzow, Paul, Egede & Frueh 2011, 10-12)

Vakka ei välttämättä hoidon alussa tiedetä, onko perheessä traumataustaa, niin toisaalta voi sanoa, että jokaisella meistä on kokemuksia, jotka saattaisivat olla traumaattisia tai joissa on sellaisia piirteitä, kuten kipeitä muistoja, joista on hankalaa puhua ilman voimakkaita tunteita. Siksi hoidon tulee mahdollisimman turvallisia ja että kenenkään ei tarvitse pelätä kontrollin menettämistä.

Niin ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnoissa opinnäytetyön yhtenä tavoitteena on työn kehittämisen ja johtamisena oppiminen ja sen teoriat. Tässä työssä se oli taustatietona itse prosessiin ymmärtämisen ja kuvaamiseen, mutta se ei ohjannut suunnittelua tai toteutusta. Tässä työssä oli kyse hyvin paikallisesta ja siinä mielessä pienimuotisesta projektista, mikä ei sinällään määritä sen arvoa ja merkitystä. Tiimin työssä oli monia itseohjautuvan tiimiin liitettyjä toimintatapa. Se kertonee jotain näiden poliklinikoiden yleisestä toimintakulttuurista. Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus ei ollut vain kokoelma korkealentoisia tavoitteita, vaan arjessa toteutuvaa hoitoa. Aina tavoitteet eivät toteudu parhaalla mahdollisella tavalla niin kuin ihmissuhdetyön korkeat eettiset tavoitteet eivät aina täysimääräisesti täyty. Opinnäyteteessä ei pyritä etsimään vastausta tähän vastausta ja se olisi oma ja toisen opinnäytetyön aihe. Sen sijaan voi sanoa, että tuloksissa oli relevanttia tietoa moniperhetyön kehittämiseen ja siinä keskiössä ovat ryhmänohjaajat ja heidän välttämänsä havainnot ja tieto.

Kolmannen sektorin vertaistukiryhmissä saatava kokemuksellinen tieto hoito- ja auttamisjärjestelmän toiminnasta jää pimentoon eikä välity palveluiden tarjoajille. Tässä ryhmässä ei niin tapahtunut ja sitä voidaan pitää hyvin arvokkaana asiana. Vanhempien kokemus liian vähäisestä tuesta ja yksinäisyydestä kriisissään oli tärkeä ja vavahduttavakin tieto. On huomattavaa, että ohjaajien kyky neutraalisuuteen mahdollisti sen, että asiasta saattoi keskustella turvallisesti ja luottamuksellisesti. Tämä voi herättää kysymyksiä kuten: onko perhekeksinen työtä kehitetty

riittävästi tai onko siinä epäonnistuttu tai laiminlyödyäänkö vanhempien tarpeet? Työn kehittämisen ja työssä oppimisen kannalta tällainen kysymyksenasettelu voi kuitenkin viedä harhaan ja ei edistä itse asiaa. Kun puhutaan kehittämisestä, niin jo ilmaisusta voi syntyä mielikuva lineaarisesti prosessista, jonka päässä on tilanne, jossa perhekeskeinen työ ja omaisten huomioinen on kehitetty lopullisen huippunsa. Enemmän voisi puhua laadun varmistamisesta vanhempien tukemisessa. Mitä se edellyttää ja mistä voidaan tietää, että se on ollut riittävää? Tuloksissa kuvattiin tätä ”riittävän ajan antamisena ja kuuntelemisena”, mutta milloin voi olettaa, että se on toteutunut? Kaikessa työssä on kyse myös perustehtävästä huolehtimisesta ja koska psykoosipoliklinikoilla perhekeskeinen työ oli yksi perustehtävistä, niin sen arviointikin on jatkuva ja sirkulaarinen prosessi eikä lineaarinen päämäärä jossain horisontissa, jota ei koskaan tavoiteta. Joka tapauksessa työssä saatiin autenttista tietoa ja vastauksia näihin kysymyksiin ja niiden perustana olivat vanhempien omat kokemukset kertomukset ja ohjaajien kyky välittää ja ymmärtää niitä. Yksi selkeä kehittämis ehdotus tuloksissa oli sen tiedostaminen, että vanhempien tukeminen on haastavaa ja mahdollisuudet siihen aina rajalliset puuttuvan vertaiskokemuksen vuoksi. Juuri se tukisi riittävän ajan antamiseen ja riittävään perheen kuunteluun.

Tuloksista voi päätellä, että perheiden vertaistukiryhmät täydentävät hoitoa mielekkäällä tavalla. Vertaistuki toteutuu, kun sen puitteet ovat kunnossa. Ensimmäinen psykiatriassa toetuttu moniperheryhmä lähti hyvin käytännönläheisistä huomiosta. Se ei kuitenkaan tarkoita, ettekö ajatus ryhmän aloituksessa ollut yksinkertaisuudessa suorastaa nerokas. Sen sijaan, että omaiset keskustelivat keskenään odotushuoneessa, ennen tarkkaan säädellyn vierailuajan alkamista, perheille tarjottiin aika ja paikka yhteisiin keskusteluihin. Myös sairaalan työntekijät, jotka olivat ryhmässä, saivat mahdollisuuden uudenlaiseen kokemukseen, jonka voi olettaa myös muuttaneen heidän ammatillisia käsityksiään. Ensimmäinen ryhmä ei ollut sitouttanut tai sitottu mihinkään silloiseen psykiatrian suuntaukseen. Sekin on yksi moniperhetyön keskeisiä piirteitä. Opinnäytteessä kuvatuissa laadullisissa tutkimuksissa perheiden kokemuksista voi vetää sen johtopäätöksen, että lähestymistavan valinta ei ole olennaisin seikka moniperhetyössä. Voi olla, että vertaistuen kokemuksissa on eroja, mutta se oli kaikissa tutkimuksissa perheiden kokemuksessa keskiössä ja ryhmän merkittävin anti.

Tuloksissa peilautui kysymys psykoedukatiivisen tiedon antamisesta sen laadusta ja muodosta suhteessa vertaistukeen. Tärkeä johtopäätös oli, että jos moniperheryhmä järjestetään niin tiedon antaminen tulisi palvella ryhmien vertaistukea, sillä se on nimenomaan se lisäarvo mikä ryhmällä on muihin hoitomuotoihin verrattuna. Se on kuitenkin eri asia kuin, että tiedolla ei olisi merkitystä psykosisaalisessa hoidossa. Ohjaajat tekivät merkittäviä havaintoja ja heillä oli kehittämis ehdotuksia. Tämä tieto voi olla ohjanuorana sille, miten tämä kysymys ratkaistaan ja miten myös siinä voidaan keskittyä moniperheryhmän laadun varmistamiseen.

Ryhmänohjaajien roolin kuvaaminen oli mielenkiintoisella tavalla yhteneväinen vertaistukea käsittelevässä kirjallisuudessa olleisiin kuvauksiin. Ohjaajan tulee yksinkertaisesti toimia tilanteen mukaan niin, että he tukevat vertaistuellista keskustelua ja se voi merkitä eri tilanteissa eri asioita. Ammattitaito psykoosien hoidossa tukee merkittävästi tätä tehtävää ja erityisesti ryhmän turvallisuudesta huolehtimista. Lapsensa menettäneiden vanhempien tutkimuksessa tärkeä tieto oli, että ei voi yksiselitteisesti olettaa, että keskustelu vaikeista aiheista olisi vain ja ainoastaan heitä tukevaa. Ammattitaito ja tieto kuitenkin auttavat varautumaan tähän mahdollisuuteen ja huomaamaan sen riittävän ajoissa.

Jos ei yleisesti niin ainakin tämänkaltaisia ryhmässä on hyvä varautua, että vanhempien ja potilaitten vertaistukikokemukset, keskustelut ja ryhmäytyminen voivat olla erilaisia. Omaisten vertaistuki syntyi helposti, mutta potilaitten välinen keskustelu ei samalla tavalla avautunut ryhmän alussa. Omaiset keskustelivat psykoosin puhkeamisen aiheuttaneesta kriisistä ja siitä, miten tukea potilaita heidän elämässään sen jälkeen. Perhekeskeistä työtä perustellaan perheen tukemisella, mutta perheen tukeminen käsitteenä se on monitulkintainen. Perhekeskeinen työ perustuu olettamukseen ja työntekijöiden potilaan ja perheen yhteiseen, vaikka mahdollisesti hiljaiseen sopimukseen, että näin voidaan tukea niin omaisia kuin potilasta ja perheen keskinäistä vuorovaikutusta. Vanhempien kokemukset kuitenkin kuvasivat potilaan tukemisen ristiriitaisuutta. He miettivät millainen ja kuinka tiivis yhteys olisi ja mitä potilaan itsenäisyyden tukeminen tarkoittaa omassa perheessä. Jos psykoosin akuuttivaiheessa on ollut uhkaavia tai jopa väkivaltaisia tilanteita, niin se ei ainakaan vähennä tätä ristiriitaa. Voi kysyä kuinka tätä ristiriitaa tuesta käsitellään hoidossa ja miten se on sisäänrakennettuna perheiden vuorovaikutuksessa. Teoriaosassa kuvattiin häpeän puuttunutta kertomusta yhteistyöneuvottelussa. Miten tulisi avata tukemisen ja jaksamisen ristiriidan narrattavia perhetapaamisissa. Ei ole itsetarkoituksellista avata perheen ristiriitoja, jos niitä ei hoidossa pystytä käsittelemään perheen hyödyksi. Tulosten nostaman näkökulman voi kuitenkin myös tulkita kehitystä ja laadunvarmistamista tukevaksi tiedoksi perhekeskeisessä työssä.

Sekä teoriaosuus ja myös tulokset painottuvat enemmän vanhempien kokemuksiin. Sen sijaan potilaitten osuus on jäänyt vähemmälle huomiolle. Näyttää siltä, että kuusi kokoontumista, joista vain kolmessa oltiin vertaisryhmissä, oli liian lyhyt aika ryhmäytymisen kehittymiselle. Potilaat kertoivat vertaiskokemuksenaan psykoosiin sairastumista ja psykoosisairautta. Potilaitten psykoedukaatioryhmät ovat kuuluneet jo aiemmin poliklinikoiden toimintaan. Opinnäytetyössä ei selvitetty, kuinka moni potilaista oli ollut tämänkaltaisissa ryhmissä ja silloin käsitelleet samoja kysymyksiä. Kysymykseksi jää mitä merkitystä nimenomaan moniperheryhmän kontekstilla oli tai voisi olla potilaille. Voi kaikesta huolimatta sanoa, että he ovat kokeneet suurimman menetyksen elämässään ja psykoosin sairastuminen on muuttanut heidän elämänsä ja tulevaisuudensuunnitelmiaan enemmän kuin vanhempien. Tässä ei haluta vertailla menetysten suuruutta, mutta voisi ilmaista saman asian toisin niin, että heidän menetyksensä ovat olleet

erilaisia kuin vanhempien, vaikka niissä voi olla myös samoja piirteitä. Kuinka helppo heidän on keskustella vanhempiensa kanssa psykoosiin sairastumisen merkityksestä? Miten he kokevat saamansa tuen ja miten itsenäistä elämää he pystyvät ja voivat ja saavat elää suhteessa vanhempiinsa? Miten he kokevat tilanteet, mikäli he ovat olleet väkivaltaisia perheenjäseniään kohtaan? Nämä voisivat olla kysymyksiä, joita nimenomaan moniperheryhmän konteksti vois nostaa keskusteluun myös vertaistuellisesti. Yhteiset tapaamiset koko perheenä muiden perheiden kanssa luovat jo lähtökohtaisesti erilaisen tilanteen, kuin perhetapaamiset tai potilaitten keskinäiset vertaistukiryhmät.

Työn kehittämisen kannalta nimenomaan työntekijöiden haastatteleminen näyttää nyt onnistuneelta ratkaisulta. Voi kysyä, onko joskus perhekeskeinen työ liian perhekeskeistä? Millä tavalla saadaan myös työntekijöiden ääni kuulluksi? Ilman tätä tietoa olisi vaikeampaa hahmottaa moniperhetyön kehitystarpeita. Tietenkään se ei tarkoita, etteikö perheiden kokemusten tutkimien ole oleellinen asia tässäkin suhteessa. Nyt kuitenkin saatiin tietoa siitä, mitä ohjaajien kokemusten perusteella tulisi tehdä, sen sijaan että tiedettäisiin, mitä heidän olisi pitänyt tehdä.

Jatkotutkimusehdotukset voi jakaa kahteen ryhmään eli perhekeskeistä ja moniperhetyötä koskeviin ehdotuksiin. Millainen on omaisten kokemus saamastaan tuesta perhetapaamisissa? Millaisia ristiriitoja omaiset voivat kokea tukiessaan potilasta? Moniperhetyhmässä tulisi tutkia tiedon antamisen ja sen tavan hyötyä ryhmän vertaisuudelle. Samoin mitä merkityssä sillä on perheille pitemmällä tähtäimellä ja mitä muutosta se on mahdollisesti saanut aikaan? Potilaitten ja vanhempien kokemus oli ryhmästä erilainen. Siksi voisi selvittää millaisia aiheita potilaat toivoisivat liittyen perheen vuorovaikutukseen? Mitä merkitystä heille oli, että kyseessä oli nimenomaan moniperheryhmä? Työn kehittämisen kannalta tärkeä kysymys on paikallisesti tuotetun tiedon soveltaminen ja juurruttaminen. Miten sitä voidaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla ja mikä on sen suhde organisaation strategiaan tavoitteisiin ja näkemyksiin ja kuinka paljon niillä voi olla erilaisia vaihtoehtoja.

Lopuksi voi todeta iskulauseenomaisesti, että vertaistukitoiminta kannattaa! Se on tämän opinäytetyön valossa ehdoton, tärkeä ja lisäarvoa antava toimintamuoto erikoissairaanhoidossa. Sen suunnittelussa voidaan parantaa ja varmentaa vertaistuen laatua ja se on samalla innostavaa ja uutta avaava psykososiaalista hoitoa.

Lähteet

- Aaltonen Jukka, Koffert Tarja, Ahonen Juha, Lehtinen Ville, 2000, Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä: raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista Helsinki, Stakes
- Aaltonen Jukka, Seikkula, Jaakko, Lehtinen Klaus, 2011, The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states Psychosis Vol.3, No.3, October, 179-191
- Alanen Yrjö O. 2009, Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses, Psychosis Vol. 1, No. 2, August, 156-166
- Alanen Yrjö, Kokkola Anita, Pylkkönen Kari (toim.) 1988 Skitsofreniaprojekti 1981.1987 Skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen loppuraportti, Lääkintöhallitus, Mielisairaalain liitto, sairaalaliitto, Helsinki
- Asen Eia, Multiple family therapy, an overview, Journal of Family Therapy 2002 24 3-16
Asen Eia, Schuff Heiner, Psychosis and Multiple Family Group Therapy, Journal of Family Therapy (2006) 28:58-72
- Borchers Pekka "Issues like this have an impact" The Need-Adapted Treatment of Psychosis and the Psychiatrist's Inner Dialogue, 2014 Väitöskirja Jyväskylän Yliopisto
- Botha Elina, Kaunonen Marja, Aho Anna-Liisa, Ryhmävertaistuki ja sen seuraukset - vanhempien kokemukset lapsen kuoleman jälkeen.) 2014 Psykologia, 49 (04,) 283-298
- Cabral Rita & Chaves Ana, 2010 Multi-Family Group Intervention in a Programme for Patients With First-Episode Psychosis: a Brazilian Experience, International Journal of Social Psychiatry, 527-532
- Glanville Denise and Dixon Lisa Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service Use in Families of Patients with Schizophrenia 2005 The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 15-22.
- Grubaugh, Anouk L, Zinzow Heidi M, Paul, Lisa, Egede Leonard E. Frueh, Christopher, 2011, Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adults with Severe Mental Illness: A Critical Review, Clinical Psychology Review 2011, Aug, (6) 883-899
- Haarakangas Kauko, Seikkula Jaakko. 1999 Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön, Kirjayhtymä oy Tampere.
- Heikkilä Jorma & Heikkilä Kristiina, 2005 Voimaantuminen työyhteisön haasteena, , WSOY,
- Hirsijärvi Sirkka & Hurme Helena 2010, Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö Helsinki yliopistopaino
- Johansson Monica, 2009 Psykoedukatiivisen perheinterventioiden yhdentyminen kliiniseen työhön, Omaiset mielenterveystyön tukena
- Kananen Jorma, Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. 2014, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karlsson Magnus, Självhjälpsgrupper, 2006 Teori och praktik, Studentlitteratur

Kieseppä Tuula, Oksanen Jorma, 2013 Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa Duodecim;129:2133-9

Kylmä Jari, Nikkonen Merja, Kinnunen Pirjo, Korhonen Teija 2009 Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena -tutkimusprojekti, Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos,

Laakso Marja-Leena, Lajunen Kaija, Aro Tuija, Eklund Kenneth, Poikkeus Anna-Maija, 2011 Ylivilkkaiden lasten vanhempien kokemuksia Perhekoulu-interventiosta, Kasvatus, 2, 118-130

Laatikainen, T. (toim.) 2010 Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. SOLVER Palvelut Oy

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti & Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy

Levy-Frank Itamar, Hasson-Ohayon Ilanit, Kravetz Shlomo, Roe David Familyprocess A Narrative Evaluation of a Psychoeducation and a Therapeutic Alliance Intervention for Parents of Persons with a Severe Mental Illness, Family Process, Vol. 51, No. 2, 2012 265-280)

Lindfors Pirjo, Rigoff Anne-Marie, Rimpelä Matti, 2010 Terveystien edistäminen kunnantehtävänä: Kuntajohdon tulkintoja, Kuntatieteellinen aikakauskirja 1 /

Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M and the Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. 2002. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. Acta Psychiatrica Scandinavica 106, 291-298

Mc Farlane, William, Multifamily groups in treatment of severe psychiatric disorders, 2002 Guilford press,

Mc Farlane, William, Dixon Lisa, Lukens Ellen, Luckstedt Alicia, Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature, Journal of Marital and Family therapy April 2003, vol 29, No 2 223-245

Mikkonen Irja Sairastuneen vertaistuki, 2009, väitöskirja Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja 173.

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press. 1994. 2

Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisten aineistojen analyysi ja tulkinta. 1998. Saarijärvi: GAUDEAMUS

Narumo Reija, Ammatillisesti ohjatut vertaistukiryhmät kriisistä selviytymisen tukena kirjassa Kyllä me yhdessä selvittää voimauttavaa vertaistukea kriisitilanteissa, Suomen Mielenterveysseura 2010

Ojuri, A. (toim.) 2010. Vertaisryhmä: väkivaltaa kokeneiden naisten osallisuuden ja voimaantumisen tukeminen. Ensi- ja turvakotien liitto,

Oksanen Jorma Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(4):371-377

Orb Angelica, Eisenhauer Laurel A, Wynaden Dianne, Ethics in Qualitative Research, Journal of Nursing Scholarship First Quarter 2001, 93-96

Schafer Gabriele, Multiple Family Group Therapy in a Drug and Alcohol Rehabilitation Centre: Residents' Experiences, Australian & New Zealand Journal of Family Therapy Volume 29 Number 2 2008 pp. 88-96

Seikkula Jaakko, Alakare Birgitta, Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä, Duodecim 2004;120:289-296

Seikkula Jaakko, Arnkill Tom Erik, Dialoginen Verkostotyö, Tammi /THL, 2009

Solin, Pia Mental Health from the Perspective of Health Promotion Policy, +Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden laitos 2011

Stål T & Rimpelä A (toim.) 2010. Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL. Helsinki: Yliopistopaino. etunimet

Stengård Eija, Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder, Acta Electronica Universitatis Tampensis: 417 2005 Tampereen yliopisto 2005

Szklarski Andrzej, 2002, Den kvalitativa metodens mångfald Skilda ansatser - skilda tolkningsintentioner, Rapport från Institutionen för pedagogik, Nr 15:2002 Högskolan i Borås

Terveiden edistämisen EETTISET HAASTEET ETENE-julkaisuja 19 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2008

Tilford, S. Mental health promotion. Teoksessa Mental health promotion. A lifespan approach. (Toim). Cattan, M. & Tilford, S. (s. 33-63). Open University Press, Berkshire. 2006.

Toikko Timo & Rantanen Teemu, Tutkimuksellinen kehittämistoiminta, 2009, Tampere Tampere University Press

Torkkola Sinikka, Sairas juttu tutkimus terveystieteiden teoriasta ja sanomalehden sairaalasta VÄITÖSKIRJA Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan Tampereen yliopisto Tampere 2008

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. viitattu 16.5. 2016

Vapaavuori Jukka, Tapausformulaatio, metaforat ja lähikehityksen vyöhyke kognitiivisessa terapiassa, Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 2009, 6, (2), 135-157 Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry

Viljamaa, Marja-Leena. 2003 Neuvola tänään ja huomenna: vanhemmuuden tukeminen, perhe-keseisyys ja vertaistuki. Väitöskirjatutkimus, Jyväskylän yliopisto

